

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1908-1909

N° 28

ÉTUDE

DE LA

TRICOPHYTIE CHRONIQUE

des Paumes et des Plantes

« L'étendue des résultats obtenus dans l'étude de la pathologie mycosique permet seule de se rendre compte de l'importance de ceux que l'on peut encore en espérer.

» SABOURAUD. »

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18 DÉCEMBRE 1908

PAR

Paul GAYRARD

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Agde (Hérault), le 26 Janvier 1885

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUBREUILH, prof.-adjoint....	Président.
		RÉGIS, professeur-adjoint.....	Juges.
		MANDOUL, agrégé.....	
		ABADIE, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

36, rue du Hautoir, 56

1908



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1908-1909

N° 28

ÉTUDE

DE LA

TRICOPHYTIE CHRONIQUE

des Paumes et des Plantes

« L'étendue des résultats obtenus dans l'étude de la pathologie mycosique permet seule de se rendre compte de l'importance de ceux que l'on peut encore en espérer.

» SABOURAUD. »

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 18 DÉCEMBRE 1908

PAR

Paul GAYRARD

Elève du Service de Santé de la Marine

Né à Agde (Hérault), le 26 Janvier 1885



Examineurs de la Thèse

MM. DUBREUILH, prof.-adjoint....	<i>Président.</i>
RÉGIS, professeur-adjoint....	
MANDOUL, agrégé.....	<i>Juges.</i>
ABADIE, agrégé.. ..	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY..... } Professeurs honoraires.
MASSE..... }

MM.	MM.
Clinique interne..... {	Chimie..... BLAREZ.
PICOT.	Histoire naturelle..... GUILLAUD.
PITRES.	Pharmacie..... DUPOUY.
DEMONS.	Matière médicale..... BEILLE.
LANELONGUE.	Médecine expérimentale..... FERRE.
Pathologie et thérapeu- VERGELY (en congé).	Clinique ophtalmologi-
tique générales..... VERGER (charge).	que..... BADAL.
Thérapeutique..... ARNOZAN.	Clinique chirurgicale in-
Médecine opératoire.. VILLAR.	fantile et Orthopédie..... DENUCÉ
Clinique d'accouchements..... LEFOUR.	Clinique gynécologique..... BOURSIER.
Anatomie pathologique..... COYNE.	Clinique médicale des
Anatomie..... GENTES.	maladies des enfants..... MOUSSOUS.
Anatomie générale et histologie..... VIAULT.	Chimie biologique..... DENIGES.
Physiologie..... JOLYET.	Physique pharmaceuti-
Hygiène..... LAYET.	que..... SIGALAS.
Médecine légale..... LANDE.	Pathologie exotique.... LE DANTEC.
Physique biologique et électricité médicale..... BERGONIE.	

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez.....	MOURE.
Clinique des maladies mentales.....	REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR.	MM. VERGER.
CABANNES.	ABADIE.
	CRUCHET.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe... {	MM. BEGOUIN.	Accouchements..... {	MM. ANDÉRODIAS.
	VENOT.		PERY.
	GUYOT.		

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... {	MM. CAVALIÉ.	Physiologie.....	MM. GAUTRELET.
	PRINCETEAU.	Histoire naturelle...	MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie.....	M. BENECH.	Pharmacie..... {	MM. BARTHE.
			LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne.....	MM. N...
Accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Physiologie.....	GAUTRELET.
Ophtalmologie.....	LAGRANGE.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS
ET DE MA SOEUR

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de ma profonde affection.

A MES FRÈRES

A TOUS MES PARENTS

Et en particulier à la famille
J. Robert, de Bordeaux, pour
l'excellent accueil qu'elle m'a
offert et dont je lui suis particulièrement reconnaissant.

A LA MÉMOIRE DE MON AMI M. VIGNÉ

A MES AMIS, LE DOCTEUR A. MARIN

MÉDECIN DE PREMIÈRE CLASSE DE LA MARINE

FÉLIX PÉLISSIER

INTERNE DES HOPITAUX D'AIX-EN PROvence

AUX DOCTEURS

CAMBRIELS, DE LA MARINE

CAILLET, DE CARNAS, ROUSSY, DE L'ARMÉE COLONIALE

En souvenir des bonnes heures vécues ensemble.

A MES CAMARADES DU CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE
ET DES COLONIES

A MES MAÎTRES DE LA MARINE

MESSIEURS LES MÉDECINS GÉNÉRAUX BERTRAND

INSPECTEUR DU SERVICE DE SANTÉ
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

ET JACQUEMIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE SANTÉ NAVALE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF SOUS-DIRECTEUR BELLOT

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES PROFESSEURS DE TOULON ET DE BORDEAUX
ET PLUS PARTICULIÈREMENT

LES DOCTEURS AUTRIC, OUDARD ET AURÉGAN

A MES MAÎTRES DES FACULTÉS ET DES HOPITAUX

(MONTPELLIER-BORDEAUX)

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUVET

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Dans le service duquel j'ai passé
un an à titre d'externe et à qui
j'adresse ici l'expression de ma
vive reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANDE

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Que je remercie d'avoir bien voulu
m'accepter dans son laboratoire.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COÏNE

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a reçu dans son labora-
toire et nous a permis ensuite
d'y entreprendre les expérien-
ces relatives à notre sujet. Nous
l'en remercions bien vivement.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR W. DUBREUILH

PROFESSEUR ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHARGÉ DU COURS DE CLINIQUE

DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Après une année passée dans votre service, pendant laquelle vous avez su nous intéresser à des études spéciales, parfois arides, mais que votre érudition et votre bienveillance nous rendirent plus accessibles, vous avez bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Permettez-nous de vous témoigner à ce double titre notre respectueuse reconnaissance. Nous aurions peut-être pu mieux faire ; nous avons la conscience d'avoir fait de notre mieux.

AVANT-PROPOS

Au moment de présenter à nos juges ce modeste travail, qui marque la fin de nos études universitaires et notre entrée dans le corps de santé militaire colonial, nous tenons à remercier ici tous ceux qui, de près ou de loin, nous témoignèrent quelque intérêt et à rendre un hommage de respectueuse reconnaissance à ceux qui contribuèrent par l'exemple ou le savoir, à développer notre éducation morale et professionnelle.

P. G.

INTRODUCTION

Monsieur le professeur Dubreuilh nous a signalé dans le champ immense d'études offert par la pathologie mycosique, une lacune qu'il nous a paru intéressant de combler. Si, en effet, les teignes tondantes et les diverses variétés cliniques de tricophytie ont été depuis longtemps étudiées dans de nombreux travaux, la tricophytie des paumes et des plantes, dans sa forme subaiguë n'est donnée que depuis peu; la fixation de sa physionomie clinique date de la monographie publiée en 1892 par MM. Arnozan et Dubreuilh dans les « Archives cliniques de Bordeaux » et du travail de M. Djelaleddin Mouktar, publié la même année sur la tricophytie des régions à épiderme corné épais. Quant à la forme chronique de cette dermatomycose, son étude a été seulement esquissée. Aussi nous sommes-nous proposé d'étudier ici cette affection qui mérite d'être cliniquement d'autant mieux connue qu'elle peut prêter le plus souvent à confusion avec d'autres dermatoses de même siège et que son traitement n'est vraiment efficace que lorsqu'il se base sur un diagnostic différentiel et étiologique précis.

Tel est le sujet de notre étude.

Dans un premier chapitre nous nous livrons à quelques considérations générales sur la tricophytie et sur la mul-

tiplicité des tricophytos comme cause probable du polymorphisme objectif des lésions indépendamment de la réaction tégumentaire régionale.

Les observations cliniques font l'objet du deuxième chapitre.

Dans le troisième nous exposons la description clinique de cette dermatose d'après l'étude des observations que nous avons rassemblées.

Le quatrième chapitre comprend quelques considérations anatomo-pathologiques et mycologiques, que l'insuccès de nos expériences de laboratoire ne nous a malheureusement pas permis de développer.

Dans le cinquième chapitre nous avons fait le diagnostic de la tricophytie chronique des paumes et des plantes avec les nombreuses dermatoses qui peuvent la simuler, et nous insistons sur l'importance d'un diagnostic étiologique, que seul le microscope peut fournir.

Enfin, de la réaction spéciale de ces régions à épiderme corné épais, il devait résulter une thérapeutique spéciale, une ligne de conduite à suivre: c'est la raison d'être de notre sixième chapitre.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu général

Les travaux déjà anciens de Mahon, de Gruby, de Bazin, de Malherbe et Letenneur, avaient commencé à jeter un peu de lumière sur la question des dermatoses mycosiques, mais la connaissance vraiment scientifique des tricophyties remonte à quelques années à peine; elle date des travaux de Sabouraud qui, appliquant à l'étude de ces questions la méthode pastoriennne, lui donna une impulsion nouvelle et féconde. Après de laborieuses études, il parvint à établir nettement que dans la nombreuse famille des tricophytons il y avait de multiples espèces parasites essentiellement distinctes, qu'il y avait une correspondance constante entre la forme de la lésion tricophytique et l'espèce tricophytiquée causale, enfin, que la flore tricophytoque variait d'un pays à l'autre, produisant dans chacun des dermatomycoses bien spéciales.

Aussi croyons-nous devoir ouvrir notre modeste étude sur un point bien déterminé de la pathologie mycosique, par un rapide coup d'œil d'ensemble sur les diverses formes de nos dermatoses tricophytiques, pour les comparer, entre el-

les d'abord, et, en passant, avec les formes exotiques connues afin de mettre en lumière les changements objectifs et les modifications évolutives que ces types morbides peuvent subir, du fait de la variété des champignons pathogènes qui les causent, de leur distribution géographique, et du fait aussi de leur localisation éruptive.

En considérant la marche des dermatomycoses tricophytiques et l'intensité de leurs symptômes, on peut les diviser en trois groupes: suraiguës, subaiguës et chroniques.

Le groupe des tricophyties suraiguës comprend les variétés cliniques dites Kérion Celsi et Sycosis tricophytique, qui sont des formes très inflammatoires siégeant l'une à la barbe et l'autre au cuir chevelu, et les tricophyties suppurées des parties glabres. Ce groupe clinique, caractérisé par des phénomènes de suppuration avec dermite profonde, est commun dans nos pays; il correspond au groupe botanique des tricophytons pyogènes à cultures blanches, ces tricophytons étant ectothrix et d'après Sabouraud toujours d'origine animale, le plus souvent équine.

Le groupe des tricophyties subaiguës comprend les tricophyties cutanées accessoires des teigneux et les tricophyties circonscrites des parties glabres avec comme variétés l'herpès circonscrit et l'eczéma marginé de Hébra. D'une façon générale elles sont cliniquement caractérisées par des placards arrondis, rouges, squameux, très limités, marginés et habituellement vésiculeux. Ce sont là des tricophyties exclusivement épidermiques, ce ne sont pas des tricophyties pilaires. Leur évolution est assez lente, leur caractère inflammatoire bien moins marqué que dans le premier groupe.

Les tricophyties accessoires des teigneux sont dues à des tricophytons endothrix d'origine humaine, les tricophyties de la peau glabre dans leur presque totalité sont produites par des tricophytons mégalosporon ectothrix, par conséquent d'origine animale.

Un troisième groupe, celui des *tricophyties chroniques*, à cause de leur extension progressive très lente, et de leur

évolution indéfinie comprend plusieurs variétés: 1^o d'abord la teigne tondante de l'enfant avec sa caractéristique clinique, la plaque tondue, et qui est due à des formes parasitaires habituellement humaines: microporon Audouini, et tricophyton endothrix, dont la fréquence relative explique la distribution régionale de la maladie; 2^o la tricophytie unguéale, le plus souvent secondaire, c'est-à-dire consécutive à des lésions tricophytiques des cheveux ou de la peau, due par conséquent aux mêmes parasites qui causent ces lésions, affection remarquable par sa ténacité et son extrême lenteur d'évolution; 3^o enfin, certaines formes anormales de tricophytie des parties glabres: d'abord, les tricophyties sèches serpigineuses de la peau, lésions assez rares, qui sont d'une extrême chronicité, exclusivement épidermiques, dues elles aussi à des tricophytions ectothrix, d'origine animale.

Il existe précisément une dermatomycose, le tokelau ou teigne imbriquée d'Extrême-Orient, qui paraît être l'homologue de ces tricophyties sèches serpigineuses cutanées ou qui du moins jusqu'à ces dernières années était considéré comme telle. En effet, depuis que Tribondeau et après lui Basset-Smith ont découvert dans les squames de tokelau des fructifications aspergilliennes, cette dermatomycose exotique doit évidemment être séparée du groupe mycologique des tricophytions qui eux ne représentent jamais d'organes de fructification pendant leur existence parasitaire.

A côté du tokelau, l'on doit aussi ranger un groupe de dermatoses de l'Amérique équinoxiale, les Caratés, caractérisés par des placards à contours géographiques, à surface écailleuse, d'abord colorés, diversement, puis achromiques et cicatriciels; c'est une maladie très chronique d'une durée indéfinie, et le parasite qui la produit, appartient lui aussi aux aspergilloïdes pathogènes, puisqu'il présente comme le tokelau, ce caractère bien spécial de fournir ses organes de fructification vraie dans la peau même où il se développe.

Des tricophyties chroniques de nos pays, il est au contraire absolument indiqué de rapprocher une tricophytie du Soudan et une autre de Panama, étudiées par Sabouraud; ces tricophyties exotiques diffèrent de celles de nos pays par les caractères objectifs des lésions, et la particularité de l'espèce tricophytique qui se place toutefois par ses caractères botaniques dans le même groupe que les trico-phytons mégalosporons rencontrés chez nous.

Enfin, la seconde variété de ce dernier groupe, des tricophyties chroniques comprend les tricophyties chroniques des paumes et des plantes que nous nous proposons d'étudier spécialement. La tricophytie chronique a dans ces régions une physionomie clinique particulière due peut-être à un parasite distinct, produisant là un type clinique spécial peut-être aussi et plus probablement à ce que « ce sont des régions très spécialisées par leur structure qui n'a pas d'analogie en d'autres parties du corps, par leur situation à l'extrême périphérie, par leurs fonctions et les influences extérieures, auxquelles elles sont exposées. » (Dubreuilh). Aussi pensons-nous faire œuvre utile en essayant de fixer la physionomie clinique jusqu'ici peu connue, de la tricophytie chronique des régions à épiderme corné épais.

CHAPITRE II

Observations

Dans cet exposé nous décrivons en premier lieu, parmi les observations que nous avons rassemblées, celles relatives à la tricophytie palmaire, ensuite celles qui se rapportent à la tricophytie plantaire.

Nous avons cru bon de diviser ces observations en deux groupes: le premier comprend les cas de tricophytie réellement chronique, la chronicité étant ici définie à la fois par l'ancienneté du début, la lenteur d'évolution des lésions, le peu d'importance des réactions tégumentaires et aussi par la physionomie clinique bien spéciale que nous essayons de décrire. Dans un second groupe nous avons classé certaines observations, qui, quoique relativement récentes par le début rapproché des lésions, présentent néanmoins les caractères objectifs de la tricophytie chronique dans ses localisations palmaires et plantaires.

PREMIER GROUPE DE TRICOPHYTIES PALMAIRES

Nous publions d'abord quelques observations empruntées à la monographie publiée en 1892 sur la tricophytie des mains et des ongles, par MM. Arnozan et Dubreuilh, dans les « Archives cliniques de Bordeaux. »

OBSERVATION I (Résumée)

(Obs. II du travail de MM. Arnozan et Dubreuilh.)

Tricophytie palmaire et ungueale. — Tricophytie disséminée du cuir chevelu.

J... (Clarisse), tailleuse, trente-cinq ans, se présente à la Policlinique, le 25 mai 1891, pour des lésions de la face palmaire des deux mains.

Elle a eu pendant toute son enfance des croûtes dans le cuir chevelu, et, depuis qu'elle est guérie, elle a toujours eu des pellicules. Elle n'est pas en rapport avec des enfants atteints d'affection du cuir chevelu.

Depuis son enfance, elle perd tous les ans les ongles de l'annulaire et de l'auriculaire des deux mains. Il se produit des démangeaisons, l'ongle se déchausse, puis il survient un ongle nouveau. L'ongle de l'index droit est aussi plusieurs fois tombé de la même manière.

Les lésions actuelles ont débuté depuis un mois par une plaque squameuse et prurigineuse sur la face palmaire du médius gauche et, quelques jours après, par une plaque analogue sur la paume de la main gauche.

Actuellement (mai 1891), on trouve, sur la moitié interne de la

paume de la main gauche et intéressant le bord cubital, une plaque arrondie de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent, nettement limitée par l'incisure de l'épiderme normal, qui s'arrête brusquement à ce niveau. La surface de cette plaque est rougeâtre à la périphérie, pâle au centre, recouverte par un épiderme très mince, finement écailleux, les plis de flexion y sont exagérés. La face palmaire et les bords des deux premières phalanges du médius gauche sont rougeâtres et en desquamation pityriasique.

La face palmaire de la deuxième phalange de l'index droit présente une plaque rouge et squameuse, qui s'étend sur les bords latéraux et même un peu sur la face dorsale.

Sur le cuir chevelu on trouve de petites plaques squameuses lenticulaires, disséminées çà et là. En soulevant les petites squames adhérentes, on trouve parfois au-dessous d'elles un petit point noir, qui, examiné à la loupe, paraît être un cheveu recouvert d'une mince lame épidermique, transparente... L'examen microscopique montre ce tronçon de cheveux complètement infiltré de spores. On ne trouve pas de filaments parasites dans les squames.

L'examen microscopique des squames de la face palmaire de la main montre en abondance modérée des chapelets de spores ramifiées et des filaments mycéliens plus minces, peu ramifiés, très longs et traversant quelquefois tout le champ du microscope.

Nous revoyons J... (Clarisse) le 6 janvier 1892. On remarque que sur la plus grande partie de la paume de la main droite et sur la face palmaire de l'index du même côté l'épiderme est un peu épaissi, il est dur, sec ; il n'y a pas de desquamation, si ce n'est au niveau des plis de flexion, où l'on remarque une fine desquamation farineuse. Cette altération est si peu apparente qu'elle eût certainement passé inaperçue si mon intention n'avait pas été constamment en éveil sur les faits de cette nature et j'étais disposé, avec la malade elle-même, à l'attribuer au contact fréquent du fer à repasser. Cependant, en raclant énergiquement avec une curette tranchante les voisinages des plis de flexion, j'arrachai, non sans peine, quelques débris épidermiques pour en faire l'examen microscopique. L'examen dans la potasse à 40 % y fit trouver un mycélium parasite abondant ; il y en a dans presque toute la préparation et en certains points en quantité

assez notable. Ce sont des filaments minces, peu cloisonnés, mais rameux et assez tortueux.

L'ongle de l'index droit est devenu malade depuis quelques mois ; il n'est pas tombé complètement, mais il s'est fait un sillon d'élimination net et peu profond, qui est actuellement à deux millimètres de l'extrémité... Quelques fragments d'ongle sont recueillis. L'examen microscopique y montre du parasite en extrême abondance, formant des amas enchevêtrés, très denses. Ce sont de longs filaments, minces et non cloisonnés, des filaments cloisonnés plus gros, tortueux, ramifiés ; enfin des chaînes de spores volumineuses et inégales. Ces cha-pelets sont très rameux et tortueux, ils sont surtout nombreux dans les points où le parasite forme un feutrage plus serré. On est frappé par la teinte jaunâtre très manifeste qu'ils présentent dans les préparations à la potasse.

OBSERVATION II (Résumée)

(Publiée par MM. Arnozan et Dubreuilh) (obs. V de leur travail)

Tricophytie unguéale. — Erythème tricophytique chronique

M... (Jean), colporteur, âgé de soixante-treize ans, ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Son passé pathologique est aussi peu considérable. Pas de maladie dans l'enfance. Pas de croûtes dans les cheveux.

Depuis huit ans, il a vu se produire une altération des ongles, qui a débuté, au dire du malade, par le pouce droit et a gagné successivement les autres ongles, qui ont offert les mêmes lésions sur lesquelles nous insisterons bientôt.

Vers la même époque, après s'être fait raser par un barbier, M. . a présenté une éruption dans la barbe provoquant une vive démangeaison. Il ne peut donner de renseignements précis sur la nature de cette dermatose ; il n'a pas remarqué qu'il y ait eu au menton des croûtes jaunâtres. Dans sa langue vulgaire il donnait le nom de dartre à l'éruption.

C'est également vers la même époque qu'a débuté une éruption érythémateuse de la face dorsale des mains qui persiste encore.

Il n'a jamais été en contact avec des personnes atteintes d'affections cutanées ou ayant des croûtes dans les cheveux.

Depuis leur apparition les lésions unguéales ont persisté dans le même état, et le malade n'a tenté aucun traitement.

Les mains sont le siège d'un érythème qui couvre leurs deux faces et s'étend sur le poignet et sur la face dorsale du quart inférieur des avant-bras, où il se termine d'une façon diffuse et sans limitation précise. La rougeur est surtout prononcée à la face dorsale des mains et des doigts où elle a une teinte un peu violacée et présente une certaine ressemblance avec l'érythème pellagreux. Il n'y a aucun gonflement, ni aucune trace de vésicules, de croûtes ou de suintements, mais seulement une desquamation abondante en larges lamelles épidermiques qu'on voit se soulever çà et là et qu'on peut arracher en lambeaux d'un centimètre carré et davantage. Cette desquamation est surtout abondante aux faces dorsales et latérales des mains et des doigts, mais s'observe aussi à la face palmaire.

Quelques verrues placées sur le dos des mains. Les poils de la face dorsale des mains et des doigts paraissent sains ; cependant, on en voit de cassés à une faible distance de la peau, ce qui peut tenir à l'usure ; quelques-uns ne dépassent pas la surface et se montrent comme un point noir. De rares poils présentent une minime pustulette à leur base. Du reste, tous les poils s'arrachent tout entiers et l'on n'en voit point de déformés ou cassés sous la pince.

Au pourtour des ongles, on ne trouve pas de tuméfaction ni aucune autre modification du derme mais seulement l'épaississement, et de la desquamation de l'épiderme tant au niveau du repli sus-unguéal que des sillons latéraux. Les ongles sont très épaissis et leur épaisseur peut atteindre cinq millimètres... Quelques-uns sont assez fortement courbés suivant leur longueur et déchaussés sur leurs bords. D'autres sont courbés sur les bords, en dos d'âne... Tous présentent des stries longitudinales très marquées ainsi que des stries transversales surtout marquées sur les pouces... Malgré leur épaisseur exagérée les ongles ne sont nullement durs ; ils sont au contraire d'une mollesse et d'une friabilité anormales, et ces ongles, qui ont cinq millimètres d'é-

paisseur, se laissent facilement couper au couteau... L'accroissement des ongles en longueur se fait avec la rapidité normale. La sensibilité des téguments est partout normale.

Aux pieds, nous ne trouvons pas la coloration rouge violacé des mains, ni la desquamation en lamelles. Le réseau veineux superficiel est seul nettement accusé... Les ongles ont une conformation normale.

Les membres inférieurs ne présentent d'ailleurs aucune particularité à signaler.

Des fragments d'ongle ramollis et dissociés par la potasse à 40 0/0 ont montré un mycélium abondant formé de longs filaments peu ramifiés, minces et dépourvus de spores.

L'examen microscopique des squames du dos de la main et des poils follets de la même région nous a montré des filaments mycéliens et des spores.

Dans les poils, l'envahissement est généralement modéré.

Il n'y a pas de poils complètement infiltrés, réduits à l'état d'un sac de spores, comme on le voit d'habitude dans la teigne tondante. On y trouve des filaments mycéliens longs et peu ramifiés, dirigés en divers sens et des amas de spores qui rappellent un peu le *pytiriasis versicolor*. Les poils des autres parties du corps (barbe et poitrine) sont sains.

L'infiltration parasitaire est moindre qu'elle l'est d'habitude dans la tricophytie, ce qui explique que les poils ne cassent pas ; mais aussi la plupart des poils sont malades, malgré leur apparence normale à l'œil nu.

Dans les larges squames cutanées des deux faces de la main on trouve çà et là de longs filaments mycéliens ramifiés, très fins, dépourvus de spores. Ces éléments parasitaires sont du reste rares, comme toujours dans la tricophytie cutanée.

En résumé nous trouvons chez notre malade de la tricophytie des ongles et un érythème tricophytique diffus, datant de huit ans et qui paraissent avoir pour origine une tricophytie de la barbe contractée chez un barbier.

OBSERVATION III (Résumée)

(Obs. VI du travail de MM. Arnozan et Dubreuilh.)

Tricophytie unguéale et palmaire

M..., manœuvre, âgé de soixante-six ans, a été atteint, il y a treize ans, d'une affection de la paume de la main droite dont l'épiderme se crevassait profondément en hiver. Peu de temps après, l'ongle du pouce devenait malade et tombait, puis tous les autres ongles de la main ont été pris successivement.

La main gauche n'a jamais présenté aucune lésion ni de la paume ni des ongles.

Le 5 décembre 1891, l'épiderme de la face palmaire des cinq doigts est sec, un peu épaissi, d'un aspect très légèrement farineux, desquamant en écailles épaisses, rares et se détachant difficilement. Dans les plis de flexion, il y a parfois de légères fissures. Cette altération débordé un peu sur la paume de la main, à peu près jusqu'aux articulations métacarpo-phalangiennes, où elle se termine sans limite définie ; elle ne dépasse pas non plus la face palmaire des doigts et se termine sur leurs faces latérales sans atteindre la face dorsale. Le derme sous-jacent n'est ni rouge ni épaissi.

La face palmaire de la main et des doigts gauches ne présente rien d'analogue ; l'épiderme est souple, sans fissures ni desquamation, ce qui montre que cette altération n'est pas due aux irritations extérieures.

L'examen microscopique des squames de la face palmaire des doigts y fait trouver une grande quantité de filaments mycéliens minces, très longs, peu ramifiés, parcourant de grandes étendues en ligne presque droite, disséminés, clairsemés, ne formant nulle part d'amas feutrés. On n'y trouve pas de spores.

L'ongle du pouce droit a sa longueur normale, il est très épais sur son bord libre où il atteint 3 millimètres, assez fortement convexe en travers, un peu convexe en long. Il a une teinte générale blanchâtre, qui est due à des stries parallèles, longitudinales, qui se retrouvent

jusqu'à la racine. A la coupe, l'ongle est assez mou et friable... L'index porte un ongle largement et profondément bosselé, surtout vers son extrémité libre, qui est modérément épaissie, s'effrite en écailles, mais n'est nullement décollée. Sur toute sa surface jusqu'à la racine, il est marbré de taches blanchâtres irrégulières... L'ongle du médius est très épaissi à son extrémité, il est très friable et la coupe présente très nettement l'aspect dit en moelle de jonc. Sa forme est à peu près normale, sauf qu'il est un peu déchaussé et replié en dessous sur les bords latéraux. Il y a de plus une teinte blanchâtre due à des stries blanches qui atteignent jusqu'à la tunule... L'aspect de l'ongle de l'annulaire est presque identique, mais il est moins épais... A l'auriculaire, l'ongle est très long, adhérent, fortement convexe dans les deux sens, avec des cannelures longitudinales saillantes et de larges bosselures ; il est très épais et très friable. La striation blanchâtre se poursuit jusqu'à la racine.

Aucun ongle ne présente d'écaillage marqué à sa surface.

L'examen microscopique des fragments d'ongle montre un mycélien très abondant sous forme de longs filaments grêles enchevêtrés en réseau large.

OBSERVATION IV (Résumée)

Ob. VII du travail de MM. Arnozan et Dubreuilh.

Tricophytie unguéale et palmaire

M... (Auguste), vingt-neuf ans, manœuvre, déclare que ses ongles sont altérés depuis l'âge de dix ans. Il ne peut pas dire s'il a eu antérieurement des lésions cutanées de la main ; il affirme seulement qu'aussi loin que remontent ses souvenirs, il a eu des fissures et de la desquamation à la région palmaire. Il n'a jamais eu de teigne ; son cuir chevelu, soigneusement examiné, ne présente que deux petites cicatrices sur le vertex.

Actuellement (avril 1891) un seul ongle est sain, celui de l'index droit. Encore faut-il ajouter qu'il aurait été souvent malade. Quant aux

autres ongles, ils sont quelquefois tombés complètement ; dans ce cas, ils ont repoussé avec bonne apparence, puis n'ont pas tardé à redevenir malades.

Main droite : les ongles du petit doigt, de l'annulaire, du médus et du pouce sont atteints ; à la main gauche, les ongles présentent des modifications de forme, de couleur et d'épaisseur.

Le malade déclare que ses ongles s'accroissent avec une rapidité peut-être plus grande qu'à l'état normal. Il les rogne fréquemment avec un couteau bien tranchant.

Aux faces palmaires des doigts, à la face interne du petit doigt, à la face externe de l'index, on aperçoit des callosités épidermiques, des fissures à rebords épidermiques, épais et desquamatifs. De ces fissures les unes coïncident avec les plis articulaires, les autres non. Ces lésions épidermiques ont l'aspect vulgaire des accidents cutanés qui peuvent survenir aux mains des travailleurs. Elles sont moins accentuées à droite qu'à gauche.

L'examen microscopique de fragments enlevés au bistouri sur l'ongle de l'index droit montre des tubes de trichophyton. Sur des lambeaux d'épiderme, recueillis en des points desquamatifs de la face palmaire, l'examen microscopique fait voir des tubes moins nombreux, mais très apparents.

Les ongles des pieds sont sains, d'après le malade, qui ne les a pas fait examiner. Malgré l'absence des lésions cutanées apparentes, il existe depuis un an des démangeaisons généralisées.

OBSERVATION V (Résumée)

(Obs. IX du travail de MM. Arnozan et Dubreuilh.)

Trichophytie unguéale et palmaire

S... (Eugénie), vingt-trois ans, domestique, est placée, depuis le 11 juin 1890 dans le service de M. le professeur Pitres, suppléé tour à tour par chacun de nous (salle 7, lit n° 3). Elle est entrée à l'hôpital Saint-André pour une affection des ongles.

Les antécédents héréditaires sont mal connus et ne présentent à son rapport rien de particulier. Dans ses antécédents personnels, nous relevons la rougeole à l'âge de treize ans, la fièvre typhoïde à l'âge de quatorze ans, affections qui ne furent suivies d'aucune dystrophie unguéale. Elle ne présente ni rhumatisme ni syphilis.

L'affection actuelle a débuté, il y a environ six ans, trois semaines après que cette jeune fille eut quitté les Landes, où elle gardait les troupeaux, pour venir à Bordeaux comme domestique. Au moment où les ongles des mains commençaient à s'altérer, la malade, prenant un bain de pieds, trouva, en s'essuyant, les ongles des deux petits orteils spontanément tombés dans sa serviette ; ils ont repoussé sans déformation et paraissent actuellement normaux. Quant aux mains, l'ongle du médius gauche a été pris le premier, puis ceux de l'index et du pouce droits ; trois mois plus tard ceux du médius et de l'annulaire droits ont subi le même sort. D'après la malade, le début se faisait par les extrémités latérales du bord libre de l'ongle, qui s'épaississaient, se relevaient et prenaient une couleur terne.

Au moment où l'observation commence (3 juillet 1890) l'état est le suivant : S... (Eugénie) est une femme bien portante, ne présentant rien de pathologique en dehors des lésions des ongles. L'affection est localisée aux mains. Les ongles des pieds, à part quelques stries transversales, sont normaux. Quant aux mains, à gauche, l'ongle du médius ; à droite, ceux de tous les doigts, à l'exception de l'auriculaire, sont altérés...

Les doigts de la main gauche présentent à signaler un certain épaississement de l'épiderme de leur face palmaire avec légère desquamation. Cette desquamation en lamelles, sans changement de couleur de la peau, s'étend à la face palmaire de la main gauche elle-même...

La paume de la main droite est en desquamation pytiriasique.

...Le pansement au sublimé amène rapidement la disparition de la desquamation palmaire... Mais le traitement à l'emplâtre de Vigo n'a pas empêché la progression des lésions unguéales ; l'arrachement a été alors appliqué successivement à tous les ongles malades, soit après anesthésie locale au froid, soit après anesthésie générale au chloroforme. Plusieurs ongles ont repoussé sains, quelques-uns ont présenté des récidives précoces. Mais, au total, il y a eu une amélioration incontestable, surtout sur ceux qui ont été pansés au sublimé.

OBSERVATION VI (Résumée)

(Obs. VIII du travail de MM. Arnozan et Dubreuilh.)

**Tricophytie unguéale ayant succédé à des lésions de la main
probablement tricophytiques**

V... (Théophile), quarante ans, domestique. La lésion qui frappe le plus, celle d'ailleurs pour laquelle le malade vient réclamer des soins, c'est celle des ongles des mains. Sur dix, deux seulement sont épargnés, celui du pouce et du médius gauche ; tous les autres sont altérés. Leur surface est bosselée, écailleuse. La courbure générale est modifiée ; la couleur n'est pas moins altérée que la forme. C'est à la place du bord libre que l'on constate les lésions les plus graves et les plus typiques. On aperçoit à ce niveau une surface épaisse, jaunâtre, formée de lamelles et de cavités et présentant cet aspect généralement comparé à la déchirure de la moelle de jonc. — En détachant avec un bistouri des parcelles de cette surface, et en les traitant par la potasse à 40 0/0, on les trouve fortement infiltrées de tricophyton, spécialement de tubes très allongés.

A côté de ces lésions unguéales, la peau des doigts et des mains offre à considérer quelques altérations intéressantes. Symétriquement, sur le dos des mains, on trouve une plaque érythémateuse, présentant quelques petites croûtes et un peu de desquamation lamellaire. Sur la main gauche, cette plaque se prolonge en contournant le premier espace interdigital jusque dans la région palmaire dont l'épiderme est épaissi et farineux. Sur les côtés des doigts, surtout sur la face externe du médius droit, il y a quelques points de desquamation furfuracée. L'examen microscopique des lamelles épidermiques n'a pu être fait.

Rien ailleurs, ni dans le cuir chevelu, ni aux pieds.

Ce malade était en 1883 domestique au collège de Limoges, lorsqu'il vit apparaître quelques plaques rouges sur le dos d'une main. Ces plaques ont envahi ensuite l'avant-bras, les doigts, les espaces inter-

digitaux, d'autres ont apparu sur l'autre main, puis sur différents points du corps. L'ongle du médius droit a été le premier atteint, il y cinq ans, deux ans après le début des lésions cutanées ; celui de l'auriculaire gauche a été pris le dernier, il y a trois ans.

Le malade n'a jamais été revu depuis ce jour.

OBSERVATION VII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Prof. Dubreuilh).

Tricophytie chronique des mains et des pieds.

Mme C..., cinquante à soixante ans, originaire de Cayenne, est en France depuis quinze ans. Les premières altérations qu'elle remarqua furent celles des orteils, dont les ongles, il y a vingt ans, devinrent épais et opaques. Trois ans après (il y a donc dix-sept ans), les plantes sont également devenues rouges. A cette même époque, l'ongle du pouce gauche est devenu malade à son tour, enfin il y a trois ans la maladie s'est étendue à l'ongle du pouce droit, à l'index et au médius gauche et à toute l'étendue de la peau des doigts et des mains. Il y a eu, à plusieurs reprises, des poussées eczématiformes sur les mains et des panaris. Les ongles sont quelquefois tombés, notamment celui du pouce droit qui est tombé trois fois. Sa mère aurait eu les ongles des deux pouces malades, épais et opaques.

Le 28 mars 1904, on trouve l'état suivant : Les ongles du pouce, de l'index et du médius gauches sont fortement altérés, leur surface est inégale, en raison surtout de grosses cannelures longitudinales larges d'un millimètre et plus, irrégulières. Elle est fortement marbrée de taches jaunes opaques, entre lesquelles l'ongle a une couleur non pas rose, mais brunâtre, un peu anormale. Cette surface est résistante, dure, sans desquamation ou écaillage de la surface. Le bord libre est irrégulièrement brisé ; il est épais et soulevé par une forte hyperkératose sous-unguéale atteignant un à deux millimètres et formant une masse cornée, sèche à la surface, molle, humide, translucide et compacte à la partie profonde, adhérente au lit et à la lame unguéale

qu'elle soulève, d'aspect fibrillaire. L'ongle du pouce droit est moins inégal, il a moins de taches jaunâtres, mais il est sur presque toute son étendue noirâtre, ce qui est dû à un décollement étendu et à la pénétration des poussières. On trouve, en effet, une lame unguéale à peine épaissie, un faible bourrelet d'hyperkératose du lit et entre les deux un vaste et large décollement sous lequel on peut faire pénétrer un instrument presque jusqu'à la matrice. Le repli épidermique sus-unguéal de ces quatre ongles est large, épais, adhérent, irrégulier, fissuré.

Les autres ongles des doigts ne paraissent pas altérés, leur forme est régulière, leur couleur rose est normale, ils sont adhérents, sans hyperkératose du lit, mais ils sont courts, plus larges que longs, encadrés par un repli épidermique épais et fissuré. La malade dit qu'ils étaient autrefois polis et bien formés.

Aux mains, la peau de la face dorsale est sénile, flétrie, mais d'un rouge violacé uniforme, à peine squameuse.

La peau de la face palmaire des mains et des doigts et des faces latérales des doigts est d'un rouge terne, couverte d'un épiderme sec, dur, écailleux, un peu épaissi par places, mais surtout écailleux. Il est fissuré aux plis de flexion qui sont bordés de lambeaux d'épiderme sec, épais, détachés par leurs bords. Les moindres plis sont marqués en blanc par la desquamation, généralement écailleuse. Les lambeaux d'épiderme corné sont épais, secs, durs et se laissent difficilement arracher. Ces altérations sont à peu près générales, mais sont à leur maximum aux doigts et s'atténuent vers le poignet, mais leur limite est tout à fait diffuse : la rougeur se perd vers le poignet, la desquamation se perd vers la face dorsale sans qu'il y ait de limite tranchée.

Les ongles des orteils sont tous malades, ils sont courts, épais, opaques, jaunâtres, présentant à peu près l'aspect de l'onchogryphose modérée. La lame soulevée se confond avec la masse kératosique du lit qui atteint trois à quatre centimètres aux gros orteils et qui est molle, compacte, se laissant facilement couper.

Toute la face plantaire des pieds ainsi que les bords est d'un rouge assez foncé, couverte d'un épiderme corné, sec, écailleux, dur, épaissi au talon, blanchâtre et fissuré. Cet épiderme desquame en lambeaux

durs, adhérents, difficiles à arracher. Ces lésions, rougeur et desquamation, ne présentent aucune limitation nette.

Examen microscopique : Les ongles des doigts sont remplis de filaments mycéliens fins, généralement continus ou rarement segmentés, parfois en chapelets. Les squames des mains sont également remplies de filaments peu segmentés, peu ramifiés, parfois cependant on y trouve quelques filaments en chapelets. Dans les ongles des gros orteils et les squames de la face dorsale des doigts et de la plante des pieds, filaments mycéliens abondants.

On institue le traitement suivant : compresses imbibées d'une solution composée de : eau : 1.000 gr. ; iodure de potassium : 5 gr ; iode : 2 gr. L'amélioration, qui a suivi, paraît plutôt due à la macération qu'à l'iode.

24 juin 1904 : Amélioration. On ordonne des compresses de résorcine et d'ichtyol. L'amélioration continue tant que le malade met les compresses, mais il y a rechute dès qu'il en cesse l'emploi, on lui prescrit d'en continuer l'application.

Octobre 1904 : Sous l'influence des compresses de résorcine, il s'est fait une certaine amélioration. L'épiderme corné des mains et des pieds s'est aminci, mais il reste encore sec et dur, desquamant en farine ou en lamelles d'une certaine largeur et épaisseur, la paume reste dure et sèche. L'éruption s'étend sur les faces latérales des doigts et même sur la face dorsale sous forme de plaques rougeâtres squameuses, avec desquamation plus marquée sur le bord. Les ongles ne présentent aucune amélioration. L'examen microscopique montre des filaments parasitaires abondants dans les squames de la paume, de la plante et de la face dorsale des doigts.

Le traitement institué comprend des applications chaque soir d'une pommade à la chrysarobine à 6 %.

Novembre 1904 : L'amélioration est considérable. La peau des mains et des pieds est beaucoup plus souple et la desquamation est presque nulle. Le 29 novembre 1904 : Les mains et même les ongles ont l'air de s'améliorer un peu ; cependant il se produit encore des rhagades douloureuses et profondes sur les pulpes digitales. Les mains et les doigts présentent toujours l'état crevassé des mains de cuisinière ; il se produit aussi des crevasses aux talons. Il y a quelques jours la mala-

deavait interrompu une semaine l'usage de la pommade et les mains sont aussitôt redevenues aussi écailleuses que jamais. On fait continuer l'usage de la pommade, ainsi modifiée : Axonge, 20 grammes. lanoline 10 grammes, chrysarobine et résorcine, de chaque 2 grammes.

Le 21 février 1906, l'état persiste toujours le même. Le dos des mains est en assez bon état. La peau est fine, souple et sans desquamation, mais très atrophiée et violacée. Les paumes sont sèches, dures, et comme farineuses dans les plis. Les ongles sont tous très malades. Plusieurs sont tout à fait tombés, laissant à nu un lit hyperkératosique noir, rocailleux ; les autres bombés, marbrés de jaune, reposent sur un lit hyperkératosique. La plante des pieds est fortement hyperkératosique avec une carapace jaune, dure, coupée de crevasses douloureuses. On voit aussi des crevasses à la pulpe des doigts, surtout vers l'extrémité, et sous les ongles des crevasses longitudinales et transversales.

On prescrit l'application la nuit de compresses imbibées de la solution suivantes : Eau 1 litre, iodure de potassium 2 gr. Iode 2 gr. Résorcine 5 grammes.

La malade a depuis cette époque été perdue de vue ; elle a du reste quitté Bordeaux pour aller habiter l'est de la France.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Duc à l'obligeance de M. le professeur Dubreuilh.)

Tricophytie chronique des mains

M. M..., marchand de moutons, à Monpasier (Dordogne), marié, sans enfant, est venu pour la première fois à la clinique dermatologique le 20 décembre 1907, pour des lésions qui ont tout d'abord été considérées comme de l'eczéma des mains.

Ce malade revient le 2 février 1908, le diagnostic est modifié, les lésions n'ont pas varié.

Etat actuel (26 février 1908) : L'aspect des lésions est encore exactement semblable.

Le malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents. Le début de son affection remonte à l'année 1898 pendant qu'il était au régiment, dans la troisième année de service ; à son retour de Madagascar (où il eut la fièvre typhoïde et des accès paludéens) il passa chez lui quatre mois de convalescence et là il ne maniait que des chevaux. La convalescence finit en mars et la maladie débuta en mai, par une plaque rouge, desquamante, située à la partie supérieure du premier espace interosseux et gagnant de là, la paume de la main droite, en passant entre le pouce et l'index ; de là elle a suivi toute la face palmaire de la main et des doigts ; il se produisait un soulèvement épidermique sec, qui gagnait à la façon d'une vague, et s'élargissait en cercle.

La lésion n'a jamais guéri depuis, et c'est postérieurement à son début qu'il a commencé le commerce des moutons.— La main gauche n'a été prise que cinq mois après.

Le malade, très velu, a les bras couverts de poils roux, longs, serrés ; quoiqu'on en trouve quelques-uns sur les régions atteintes, elles paraissent dépilées, lisses et les poils sont très espacés, duveteux, minces, peu colorés.

Le dos des deux mains paraît actuellement rose, lisse, un peu enflammé, dépilé, avec quelques placards nummulaires, desquamants, farineux, larges comme des pièces de cinquante centimes à 1 franc. Ces îlots sont très légèrement infiltrés, et d'aspect blanchâtre. Les squames sont sèches, dures, larges, écailleuses.

La paume des deux mains et des doigts présente une hyperkératose superficielle, exagérée au niveau des plaques calleuses normales ; l'épiderme est un peu rugueux et desquamant ; les squames blanches se détachent seules et donnent une couleur blanchâtre, farineuse, à la paume, tranchant sur la couleur rose jaune normale. Les squames sont sèches, dures, difficiles à détacher de l'épiderme épaissi. Le raclage à la curette permet de les obtenir facilement.

Pas de douleurs, ni de prurit. Il n'y a pas ailleurs d'autres lésions cutanées.

L'examen microscopique des squames a révélé la présence de filaments mycéliens, sans spores. — Les cultures se poursuivent.

Le malade revient à la consultation le 27 mars 1908. Malgré le traitement par la pommade iodée, les lésions sont restées ce qu'elles étaient auparavant : Sur les paumes les lésions respectent les éminences thénar et hypothénar, et occupent tout le reste de la paume et la face palmaire des deux premières phalanges de tous les doigts. Elles sont constituées par un état écailleux de l'épiderme sans épaississement véritable. Cette desquamation se fait par une série de petits centres blancs, farineux, nacrés, larges de 2 ou 3 centimètres, assez superficiels et qui s'étendent irrégulièrement, se rencontrent et constituent un état écailleux diffus. En certains points et notamment le long des plis, l'épiderme corné se soulève en écailles plus épaisses. Il n'y a pas de limitation nette de ces lésions, ni du côté des bords de la main, ni du côté du talon de la main. — Le bord radial de la main, de l'index et du médius présentent de nombreuses fissures ou ragades qui paraissent plutôt dues à la profession qu'aux altérations trichophytiques de la peau. La face dorsale des doigts est indemne, mais la face dorsale des mains et surtout des poignets présente des lésions de même nature, mais d'aspect différent. Ce sont des plaques mal limitées, de un à cinq centimètres de large, assez indistinctes, d'une couleur rougeâtre terne, tranchant peu sur la teinte assez colorée et pigmentée du dos des mains. Ces plaques ne présentent aucune infiltration, aucune margination et tranchent seulement par leur teinte un peu plus rose, farineuse ou finement écailleuse sur les parties voisines pigmentées. — Ça et là certains îlots présentent une large collerette de desquamation lamelleuse, mince.

Le malade dit ressentir une démangeaison assez forte au niveau des paumes.

Les poils et les ongles paraissent tout à fait indemnes. Les pieds ne présentent aucune lésion.

Le traitement institué comprend l'application sur les parties atteintes d'une pommade avec : chrysarobine, 0 gr. 50 ; iode métallique, 0 gr. 25 ; axonge 15 gr.

OBSERVATION IX (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Prof. Dubreuilh)

Trycophytie palmaire chronique

M. L... (Abel), vient le 25 avril 1901, consulter M. le Dr Dubreuilh, pour des lésions de la main droite.

Rien à noter dans les antécédents.

L'éruption a débuté depuis un mois environ par la face dorsale du médius droit, puis elle s'est graduellement étendue de proche en proche sans jamais changer de caractère ni rétrocéder.

Actuellement l'éruption occupe la presque totalité des trois doigts du milieu de la main droite, tous les espaces interdigitaux et une partie de la paume. A la main gauche on trouve quelques îlots dans les espaces interdigitaux.

A la paume de la main droite la lésion couvre un espace de six centimètres environ correspondant à la base du médius où elle se continue avec les lésions des doigts. Elle est bien limitée par un contour net, mais finement déchiqueté, marqué par l'incisure de l'épiderme corné normal, qui est parfois coupé à pic et parfois forme une collerette; en dehors de cette incisure il n'y a ni rougeur, ni infiltration, ni vésiculation, ni hyperkératose. Dans l'aire de la lésion, l'épiderme est sec, écailleux, desquamant en fragments durs et difficiles à arracher, surtout manifestes aux plis de flexions; il n'y a cependant pas de rhagades; il paraît hyperkératosé, mais c'est probablement une illusion, car cette aire paraît en contrebas de l'épiderme normal. La peau ne présente ni rougeur, ni suintement, ni vésicules.

Sur les faces latérales et dorsale des doigts, dans les plis interdigitaux, la peau est un peu rouge, couverte d'un épiderme sec, crevassé, écailleux, reproduisant en tout point l'aspect d'un eczéma sec. A la pulpe des doigts l'épiderme est sec, quadrillé, par des crevasses très superficielles sans desquamation réelle. Les lésions sont assez mal limitées; on trouve parfois une collerette desquamative, mais le plus souvent la limite est aussi diffuse que dans un eczéma.

L'ongle du médius a été le siège d'une inflammation assez vive au début, puis tout est rentré dans l'ordre. Les ongles des trois doigts sont minces, mal formés, striés en long, courts, un peu plats, avec un peu de décollement irrégulier de l'extrémité. C'est à peu près leur forme normale, car on la retrouve à l'autre main et ils ont toujours été ainsi. Cependant le décollement terminal paraît un peu plus accusé. En tout cas on n'y trouve rien qui rappelle une onychomycose. Les ongles du pouce et de l'index sont rongés jusqu'à la lunule. Autrefois le malade se rongait tous les ongles, maintenant il ne ronge plus que ces deux. — Démangeaisons très vives.

A la main gauche on trouve dans plusieurs plis interdigitaux des lésions eczématoïdes tout à fait semblables à celles de la main droite, s'étendant peu sur les doigts et formant plusieurs foyers distincts. A la face palmaire du poignet on trouve une petite plaque vaguement rouge qui aurait été assez vivement enflammée il y a quelques temps.

Le malade explique très bien comment la friction d'une main avec l'autre peut avoir produit l'inoculation de la main gauche par la droite.

L'examen microscopique des fragments écailleux recueillis sur la paume droite et sur le bord des lésions montre une grande abondance de filaments mycéliens enchevêtrés et segmentés.

Il paraît probable que la maladie a été contractée d'un chien malade qu'il caressait quelquefois. Ce chien avait une maladie de peau avec croûte et démangeaisons.

Traitement : badigeonnage de teinture d'iode.

Epicrise. — La lésion dans son ensemble présente tout à fait l'aspect d'un eczéma sec. La disposition en un foyer unique n'est pas nette à la main droite et des lésions isolées existent à gauche ; la limitation n'est nette que dans des points très restreints ; il n'y a pas de vésicules périphériques, pas de lésions des ongles. Mon attention fut attirée du côté de la tricophytie par l'absence totale de suintement, par la limitation en certains points, par la marche régulièrement extensive des lésions.

28 décembre 1901. Guérison après applications de teinture d'iode pendant 15 jours.

Le malade a été revu en 1906 : les lésions avaient reparu à la paume de la main droite avec les mêmes caractères.

OBSERVATION X (Résumée)

(Publiée par M. Vidal in *Gazette des Hôpitaux* 1880, pages 227, 229.)

Homme de 67 ans ayant passé cinq mois dans le service de M. Vidal à l'hôpital Saint-Louis. La maladie a débuté il y a trois ans par un affaiblissement général ; il ne dormait pas et souffrait beaucoup, même depuis plusieurs années auparavant.

A l'exception de la face, tout le corps était couvert d'une desquamation pityriasique sur un fond rouge brun : bras, avant-bras, épaules étaient envahis dans la totalité ; les cuisses et le tronc avaient des parties saines. La lésion avait une bordure, une limite arrondie, une apparence d'eczéma marginé. Mais sur les bras la rougeur était uniforme, avec des démangeaisons très vives. Sur le tronc il n'y avait pas de poils ; aux mains, les poils étaient coupés et cassés ; existence du trichophyton. Il y en avait aussi sur les bords de la lésion, mais où ils étaient le plus nombreux, c'était sur les poils du dos des doigts.

Le malade était donc atteint de pityriasis trichophytique, une trichophytie chronique datant de trois ans au moins et presque généralisée.

Traité par la teinture d'iode, le malade sortit guéri, puis revint présentant aux ongles un exemple de trichophytie des plus rares.

Les ongles des dix doigts étaient altérés. Les bras avaient repris leur coloration normale ; les poils avaient repoussé sur le dos de la main, ils étaient encore cassés. C'est probablement par le grattage que le sujet s'était inoculé les spores de trichophytie des diverses parties du corps sur les ongles.

Ces organes épaissis, soulevés, présentaient sous la lame cornée des petits points jaunâtres délimités. En certains points, dissociation de l'ongle en lamelles.

La partie la plus voisine de la racine semble avoir été respectée par la lésion. Un seul des orteils est atteint.

L'examen microscopique a confirmé le diagnostic (présence de spores et de filaments mycéliens).

Traitement : grattage, solution de sublimé à 1 pour 200.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Extraite de la thèse du Dr Boyer, obs. XI.)

Tricophytie unguéale et palmaire.

Maria M. . . , ménagère, âgée de quarante-cinq ans. Parmi tous les membres de sa famille, son frère seul présente des lésions analogues aux siennes, les ongles de la main droite sont atteints chez lui depuis très longtemps.

L'affection unguéale pour laquelle la malade vient nous trouver a débuté dès son enfance par l'index droit et, depuis quatre ans, tous les ongles de la main droite ont été pris successivement.

Actuellement les ongles de la main gauche sont normaux, un peu courts, plats et assez minces, mais le repli sus-unguéal est bien formé, seul l'ongle de l'annulaire est légèrement décollé sur son bord libre. A la main droite tous les ongles sont malades, excepté celui du pouce. D'une façon générale les lésions sont caractérisées par un décollement, qui, partant du bord libre, s'avance plus ou moins loin vers la base ; elles atteignent leur maximum au petit doigt, où la matrice paraît malade. Le lit ne présente pas d'hyperkératose notable. La lame de l'ongle, peu modifiée, mince, se relève en volute.

Il n'y a nulle part aucune douleur, aucune rougeur. Les ongles croissent avec une rapidité au moins égale à la normale, mais ces circonstances obligent la malade à les tenir très courts.

La partie palmaire des deux premières phalanges et la partie terminale de la paume présentent un épiderme souple, d'épaisseur normale, mais avec des aires de desquamation petites, peu nombreuses, en lamelles minces, souples, superficielles, peu abondantes, s'arrachant difficilement, toutefois analogue à ce qui se voit dans les tricophyties chroniques.

Pas de douleur, pas de vésicules.

Examen microscopique. — Nombreux filaments minces et chapelets de spores carrées dans les squames de la main et du lit des ongles.

Traitement. — Pommade à la chrysarobine.

OBSERVATION XII (Résumée)

(Extraite de la thèse du docteur Boyer, obs. XIV)

Tricophytie palmaire et unguéale.

H... (Pierre), vingt-cinq ans, employé à la gare du Midi. A l'époque où la maladie a débuté, le malade était employé à la lampisterie et mettait souvent les mains dans le pétrole et l'huile. Actuellement il est aiguilleur.

Il ignore l'origine de son éruption. Il y a trois ans, il fit son service militaire à Tarbes au 24^e d'artillerie, mais l'éruption n'est apparue que depuis un an environ. Dans la maison qu'il habite, il n'y a ni animaux ni enfants ; il ne connaît personne atteint d'affection analogue à la sienne.

Les lésions ont débuté par le dos de la main droite, sous forme d'une plaque rouge desquamante. La main gauche est atteinte depuis le mois d'août dernier, la face depuis un an environ.

Le malade se présente une première fois à la consultation le 6 avril 1894 ayant à peu près les mêmes lésions qu'actuellement. Des badigeonnages à la teinture d'iode ont amené de la desquamation mais pas de guérison.

5 mai 1894. — Paume de la main droite. — L'éruption occupe toute la paume à l'exception de l'éminence hypothénar, elle s'étend sur la face palmaire de la première phalange de tous les doigts. L'épiderme a son épaisseur normale et sa souplesse. On remarque seulement une teinte blanchâtre, une sorte d'état farineux qui se manifeste surtout dans les plis de flexion, ailleurs il est caractérisé surtout par une ligne blanche au fond des sillons interpapillaires. De plus on voit çà et là des foyers de desquamation en petites lamelles souples, soulevées par le bord, faisant collerette et qui constituent la limite de la lésion. Quand on arrache avec les pinces ces lambeaux soulevés on amène des filaments de un à deux millimètres, plus grands peut-être qu'ils ne le seraient sur la peau saine.

L'éruption s'étend dans les espaces interdigitaux et sur les faces latérales des doigts où l'on remarque seulement un état farineux de la peau ; la farine est cependant moins fine qu'à la paume, elle est plutôt en très fines lamelles. L'épiderme est plus mince que normalement. Il n'y a presque pas de rougeur appréciable, là la lésion est limitée par la desquamation.

A la main gauche, sur la paume, lésions similaires mais manifestement anciennes. L'éruption occupe la moitié terminale de la paume de la première phalange des quatre doigts. Au milieu, la peau est très légèrement rougeâtre, l'épiderme est aminci, finement farineux sur une large zone marginale de un centimètre ; il devient écailleux, se soulève en lamelles assez épaisses de un à deux millimètres. Toutefois la bordure est formée par une collerette assez épaisse d'épiderme sain. On ne trouve ni liséré érythémateux, ni vésicules.

Sur la face dorsale la peau est vaguement rougeâtre. Sa surface est un peu ridée, paraissant appartenir à un individu plus âgé ; elle est plus vieille que les parties saines ; l'épiderme mince est finement écailleux, presque farineux, par le soulèvement des bords d'une foule de lamelles pytiriasiques. Sur le bord il existe une zone de un centimètre, où les lamelles sont épaissies, craquelées, adhérentes, un peu grisâtres ; pas de collerette marginale, pas de bordure érythémateuse, ni vésiculeuse, ni en dedans ni en dehors de la limite. Rien sur le poignet ni sur l'avant-bras.

4 janvier 1894. — Les lésions ont beaucoup diminué d'étendue et sont exclusivement cantonnées à la face palmaire.

A la main droite, elles occupent le premier espace interdigital et la face palmaire de tous les doigts sauf le pouce. On note une légère blancheur farineuse : au fond des sillons interpapillaires, on voit au niveau des plis de flexion, des fissures transversales, peu profondes, n'atteignant pas le derme, limitées par des lèvres d'épiderme corné, épaissi.

Cà et là sont disséminées de petites aires de desquamation de la grandeur d'une lentille à une pièce de 50 centimes, irrégulières, limitées par un épiderme épais à cause de la profession, s'arrachant en lambeaux épais et souples. Au fond de ces aires de desquamation, l'épiderme est aminci et farineux. Sur la pulpe de l'index et du médius, les aires

de desquamation se caractérisent simplement par des plaques lenticulaires limitées là où l'épiderme aminci laisse apercevoir plus nettement la teinte rose du derme sous-jacent. Nulle part la moindre trace de vésicules, de suintement et d'infiltration dermiques.

A la main gauche, lésions identiques comme distribution et comme caractères.

Examen microscopique. — Les squames présentent des filaments gros, sinueux et peu segmentés, rarement en blocs carrés ; ils forment un véritable feutrage, leur diamètre est de 2 à 3 p.

Ongles. — Les ongles atteints sont à la main droite les premier, deuxième, troisième et cinquième, à la main gauche les deuxième, troisième et quatrième.

Ensemencement 5 janvier 1895 :

A. Epiderme palmaire 4 tubes moût pur.

B. Ongle, 4 tubes moût pur après 50 minutes dans l'alcool.

24 janvier. — Colonies de 3 à 5 millimètres, rondes, couvertes d'un duvet blanc de neige long et fin. La face profonde de la culture est d'un violet foncé. Les cultures A et B sont identiques.

2 février. — Les cultures du 5 janvier présentent des filaments aériens reposant sur une épaisse membrane formée de filaments épais enchevêtrés, colorés en violet foncé par un pigment parfois déposé en grains.

Les réensemencements pratiqués chaque mois donnent des cultures identiques.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(Extraite de la thèse du docteur Boyer, obs. XVI.)

Tricophytie unguéale et palmaire.

S... (Pierre), cinquante-sept ans, ne présentant aucune lésion unguéale ; on n'en retrouve chez aucun des membres de sa famille. Le malade habitait la campagne, il n'y avait pas d'animaux dans la maison.

La lésion unguéale a débuté il y a vingt-cinq ans sans que le malade donne aucun détail précis sur son apparition. La main présentait également des lésions qui semblent exister depuis aussi longtemps. La peau des mains présente une coloration blanchâtre, squameuse. Les sillons interpapillaires ont surtout cette coloration blanc mat, mais toutes les parties n'offrent pas également le même aspect.

18 juillet 1895. — La main droite présente quelques îlots de peau saine siégeant au niveau des saillies situées sur le prolongement des espaces interdigitaux. On remarque en outre un carré de peau saine qui recouvre la partie externe de la paume au-dessous de l'éminence thénar.

Les doigts présentent également le même aspect. Chaque sillon interpapillaire présente une teinte blanche, teinte plus accusée encore dans les plis de flexion et augmentant avec la profondeur de ces plis.

Cet aspect n'est sensible qu'à la face palmaire de la main, les lésions de cette face étant assez bien limitées le long du bord des doigts. Les mêmes lésions se trouvent dans quelques rares régions de la face dorsale. Quelques rares squames sont encore disséminées au niveau du poignet.

La face palmaire de la main gauche est atteinte dans sa totalité. L'épiderme est partout souple, ne paraît pas épaissi; il est cependant un peu sec et dur. En quelques points, il est un peu épaissi et écailleux, se détachant en petits points blancs. Sur tout le reste de sa surface on ne voit pas de desquamation appréciable, mais elle paraît farineuse; les sillons interpapillaires notamment, sont tous très nettement dessinés en blanc. Ces lésions ne présentent pas de délimitation nette et s'arrêtent aux limites de la face palmaire.

Sur la face dorsale des mains et des doigts, nombreuses taches irrégulières se présentant avec une teinte rouge violacée très pâle et une desquamation pityriasique très fine et peu abondante. Ces taches se continuent avec les lésions palmaires.

Les ongles des dix doigts sont malades, ils paraissent atteints au même degré, car leur aspect est sensiblement le même.

Desensemencements sur moûts de bière et peptone hialosée ont donné des cultures dans lesquelles on a retrouvé des filaments mycéliens longs et minces, sans sporulation,

SECOND GROUPE DE TRICOPHYTIES PALMAIRES

OBSERVATION XIV

(Publiée par MM. Arnozan et Dubreuilh. *in Archives cliniques de Bordeaux*, 1895) (Obs. 1).

Tricophytie des faces dorsale et palmaire de la main.

R... (Hélène), cuisinière, a remarqué vers le mois d'octobre, une plaque ronde, rouge et prurigineuse sur la face dorsale de la première phalange de l'index. Depuis lors, cette plaque a toujours grandi, envahissant la face dorsale de l'index et de la main, et par les deux premiers espaces interdigitaux, gagnant la face palmaire.

Le 20 janvier, la lésion couvre les régions suivantes : sur la face dorsale, la région de la tête des deuxième et troisième métacarpiens et le voisinage du premier espace interdigital, la première phalange du médius et la face dorsale de l'index jusqu'à six ou sept millimètres de l'ongle; elle occupe également les faces latérale et palmaire des deux premières phalanges de l'index et la face radiale de la première phalange du médius; sur la face palmaire, elle intéresse toute la région correspondant aux parties malades de la face dorsale, c'est-à-dire l'index, la partie de la paume correspondant aux phalanges des trois premiers doigts et des trois premiers espaces interdigitaux.

Sur la face dorsale, la plaque est d'un rouge pâle un peu violacé, couverte d'un épiderme aminci, sec, fissuré aux plis de flexion, formant des squames peu abondantes, larges, sèches, minces et adhérentes. Dans une grande partie de son étendue, les limites de la plaque ne sont marquées que par le passage brusque de l'état que nous venons de décrire à l'état normal; mais, en quelques points, comme sur la face dorsale des doigts, le contour est accusé par une saillie rouge

franchement squameuse, avec quelques croûtelles et quelques rares vésicules, très petites et profondes. A ce niveau seulement, les lésions présentent quelque analogie avec celles de l'herpès circiné ordinaire.

Sur les faces latérales des doigts, sur la face palmaire des doigts et de la main, la lésion n'est accusée que par une très légère rougeur et par l'amincissement de l'épiderme, qui est très sec, fissuré aux plis de flexion, paraissant un peu farineux, mais sans desquamation active. La partie malade est limitée très nettement par l'épiderme normal, plus épais, qui est incisé brusquement à ce niveau, mais on n'y distingue ni saillie ni rougeur plus marquée. Démangeaison nocturne assez vive.

L'examen microscopique des squames recueillies sur la plaque malade et à son pourtour montre des filaments mycéliens et des cha-pelets de spores assez abondants en certains points, mais générale-ment rares, comme ils le sont toujours dans la trichophytie cutanée.

Des applications énergiques de teinture d'iode ont complètement arrêté la maladie, qui a guéri complètement en quelques semaines sans avoir atteint les ongles.

OBSERVATION XV (Personnelle)

Erythème trichophytique disséminé. — Trichophytie palmaire.

De la P... (Alfred), camionneur, vient le mercredi 13 juin 1908 à la consultation de M. le professeur Dubreuilh pour une éruption pruri-gineuse disséminée en divers points du corps. — M. de la P. est de par son état fréquemment en contact avec des chevaux.

Cet homme a été traité au mois d'octobre 1907 à l'Hôpital Saint-André par M. Cassaët pour une pleurésie du côté gauche; il quitta l'hôpital le 9 mai 1908, mais déjà pendant son séjour à l'hôpital il avait commencé à ressentir des démangeaisons à la région périnéo-inguinale et quelques jours après il remarquait un placard éruptif dans cette région. Un pharmacien qu'il consulta lui donna une pom-

made soufrée, qui paraît-il, calma le prurit. — Depuis les lésions se sont disséminées.

Etat actuel : (10 juin 1908). Le malade présente actuellement des lésions à la région périnéo-inguinale, à la nuque, sur le thorax, dans les deux aisselles, et à la face palmaire de la main droite.

A la région périnéo-inguinale, placard en forme d'ailes de papillon, s'étendant des deux côtés, en avant jusqu'à cinq centimètres au-dessous du pli génito-crural, en arrière jusqu'à l'anus. Le centre présente une coloration rosée, mais sans desquamation notable ; la périphérie est nettement délimitée par une bordure érythémateuse un peu surélevée, marquée par une desquamation discontinue en fines lamelles blanchâtres. Ce placard est fortement prurigineux et l'on y remarque des traces de grattage.

A la nuque, placard formé de quatre éléments circulaires, de la grandeur moyenne d'une pièce de 2 francs, à centre normalement coloré, à périphérie bordée par une zone érythémateuse. Desquamation sur toute la surface de la plaque, mais plus marquée à la périphérie. Prurit violent au dire du malade, toutefois pas de marques de grattage.

Sur le thorax, du côté droit, deux placards, le supérieur, situé sur la ligne axillaire à 10 centimètres environ de l'aisselle et de la grandeur d'une pièce de 5 francs, est mal limité et la lésion s'égrène insensiblement dans tous les sens. Desquamation en fines lamelles blanchâtres, surtout au niveau de la bordure. Prurit peu intense. — Le placard inférieur, à trois centimètres en bas et à gauche du mamelon droit, ovalaire, de deux centimètres de diamètre environ, à centre blanchâtre, à aspect cicatriciel, avec quelques rares squames, et une bordure rougeâtre, à desquamation plus accentuée. Là aussi prurit peu intense.

Dans les deux aisselles, placards mal limités, présentant peu de desquamation, mais des caractères de macération accentués.

A la main droite, le malade a remarqué la présence de lésions sur la face palmaire depuis environ trois semaines. Actuellement elles occupent la région de la paume située immédiatement au-dessus du médus, de l'annulaire et du petit doigt, formant là un placard de quatre ou cinq centimètres de largeur sur sept ou huit centimètres de

hauteur. Ce placard n'est pas nettement limité ; il n'y a ici à la périphérie ni liséré érythémateux ni vésicules, mais seulement en certains endroits des amas linéaires de petites squames blanchâtres, assez facilement soulevables. Sur toute la surface l'épiderme est sec, très épais, mais cet épaissement s'observe aussi en dehors du placard et sur l'autre main, en raison sans doute des travaux manuels auxquels se livre le malade. Mais sur toute la surface de la plaque, et là surtout, l'on remarque une très fine desquamation blanchâtre, farineuse pityriasique, dessinant les sillons interpapillaires. Au niveau des plis de flexion cette desquamation est plus accusée. en deux ou trois points même ces plis sont fissurés sur un demi-centimètre de long environ et les bords de ces fissures se soulèvent en squames un peu jaunâtres, plus épaisses et plus adhérentes, au-dessous desquelles on ne reconnaît aucun suintement. — L'éruption ne s'étend ni dans les espaces interdigitaux ni sur le dos de la main. — L'examen attentif des ongles de la main droite ne rencontre rien d'anormal.

La main gauche ne présente aucune lésion, toutefois l'épiderme palmaire est fortement épais, au même degré qu'à gauche, mais sans desquamation.

Rien d'anormal non plus sur le cuir chevelu.

Le malade est maintenant en bon état et n'a pas eu la syphilis.

Examen microscopique : (potasse à 40 o/o et léger chauffage). Dans les squames retirées des lésions du thorax, de la nuque, du périnée et de la main, on trouve de nombreux filaments trichophytiques disposés sans aucune ordination.

Avec les squames retirées des aisselles l'examen plusieurs fois répété est resté négatif.

On recueille des squames de ces diverses lésions pour procéder à des cultures.

Traitement. — Sur les plaques du thorax et de la nuque, badigeonnage à la teinture d'iode. — Sur la région périnéo-inguinale pommade avec 3 0/0 de chrysarobine. — Aux aisselles, poudrage avec la poudre de talc. — Sur la face palmaire droite, badigeonnage de teinture d'iode. La nuit, pansement humide au niveau de la paume avec solution de sublimé à 1/000.

12 juin 1908. — Le malade revient à la consultation. Au périnée, les lésions ont gardé à peu près les mêmes caractères objectifs, mais le prurit a diminué. — A la nuque, état desquamatif très marqué en larges lamelles. Prurit moins violent. — Au thorax la teinte des placards a pâli. La desquamation et le prurit ont diminué.

A la main la desquamation farineuse a disparu, il n'y a plus de squames sur les bords des plis de flexion.

L'examen microscopique permet de retrouver les filaments tricophytiques dans les squames des diverses régions, mais ils sont devenus rares.

Nous disons au malade de retourner dans une semaine, mais il n'est point revenu.

6 novembre 1908. — Avant de pratiquer les cultures, on examine les squames au microscope, et on y retrouve les filaments tricophytiques ; ce sont des filaments mycéliens simples, non sporulés.

Cultures : 1^o Le 5 novembre 1908, on pratique avec des squames desensemencements sur milieu de Sabouraud, pomme de terre et banane.

Ces cultures sont divisées en deux séries : la 1^{re} série est placée à l'étuve à 37°, la seconde laissée à la température du laboratoire.

Au bout de 3 jours la 1^{re} série de cultures a été envahie par des mucor et de nombreuses colonies microbiennes, staphylocoques, streptocoques, coli-bacille, etc.

La seconde série de cultures a été aussi envahie par des mucor et microbes variés, mais quelques jours après la première.

Dans aucune des deux il n'avait poussé de colonie tricophytique.

2^o On pratique alors une nouvelle série d'ensemencements après immersion des squames dans l'alcool pendant dix minutes. (20 novembre 1908).

Le 4 décembre, c'est-à-dire quinze jours après l'ensemencement on n'observe dans aucun des récipients ensemencés de colonie tricophytique.

PREMIER GROUPE DES TRICOPHYTIES PLANTAIRES

OBSERVATION XVI

(publiée par le Dr Djelaleddin-Mouktar dans les *Ann. de Dermat.* 1892)
(obs. XVI, p. 898).

Tricophytie de la plante du pied datant de 6 ans et simulant la syphilis.

Eugénie N..., femme Cast..., âgée de 46 ans, mécanicienne, de constitution bonne, de tempérament nerveux. Les antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien qui mérite d'être rapporté. Elle n'aurait pas eu la syphilis. Elle a eu des pertes blanches.

La maladie aurait débuté il y a six ans, par l'apparition d'un bouton sur la face dorsale du gros orteil gauche, et la lésion aurait évolué quatre années avant d'envahir la plante du pied. Elle a atteint successivement tous les orteils, les espaces interdigitaux et les faces latérales et plantaires des orteils ; quoique l'envahissement soit allé jusqu'aux racines des ongles, ceux-ci sont restés indemnes.

Après avoir consulté en ville plusieurs médecins, qui lui auraient donné de l'iodure de potassium, elle entre dans un service de l'hôpital St-Louis le 21 novembre 1890, elle y aurait été soumise dès la première semaine au traitement antisiphilitique consistant dans l'administration de deux grammes d'iodure de potassium à l'intérieur, un bain tous les deux jours, repos au lit et application d'emplâtre de vigo sur la lésion, qui n'existait plus qu'au niveau de l'arcade plantaire. Pendant son séjour, elle aurait eu une éruption prurigineuse de peu de durée, sur les mains et la figure.

Elle quitte, le 23 décembre, l'hôpital, très améliorée, mais non gué-

rie. Elle continue à prendre régulièrement deux grammes d'iodure de potassium par jour pendant six mois, puis l'iodure cesse d'être toléré. La malade, ayant remarqué que le repos seul amenait de l'amélioration, tandis que chaque fois qu'elle marchait ou travaillait à la machine à coudre, sa maladie s'aggravait, n'a plus voulu reprendre d'iodure.

La malade rentra le 5 mars 1892 dans le service de M. Besnier et occupe le lit n° 37 de la salle Alibert.

A ce moment elle présente seulement sur la partie antérieure de la plante du pied gauche, une série de plaques entourées d'un soulèvement épidermique ; la plus grande des plaques est située sur le talon antérieur, c'est-à-dire sur la peau qui recouvre l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ; elle a donc une forme bilobée et un contour largement polycyclique ; le grand lobe mesure quatre centimètres de long sur deux de large. Cette plaque résulte manifestement de la confluence de 3 plaques principales encore séparées par des étranglements très étroits. Sur la partie antéro-externe de la plante se voient quatre plaques de moyenne grandeur, ayant chacune environ un centimètre de diamètre, irrégulièrement arrondies ou ovalaires.

La surface de quelques-unes de ces plaques est recouverte de larges lamelles épidermiques qui s'enlèvent assez facilement. Le derme est souple, non infiltré.

Vers le sillon qui sépare la plante du pied du gros orteil on trouve, loin des grandes plaques, des éléments tout petits qui ont pu passer inaperçus dans des cas analogues ; ils ont pourtant une grande importance, puisqu'ils représentent, à ce que nous pensons, la lésion à son début ; ils sont même plus précieux pour le diagnostic que les éléments plus avancés.

L'examen microscopique montre aussi bien dans les squames du centre de la lésion que dans les fragments de la collerette surtout à sa face profonde, des filaments très nombreux de mycélium et des spores en groupes, ayant tous les caractères du trichophyton.

Les traitements les plus variés ont été appliqués, ce cas s'étant montré des plus rebelles.

OBSERVATION XVII

(publiée par M. le D^r Djelaleddin-Mouktar. obs. XXIV, page 905)

Tricophytie des pieds greffée sur un eczéma des pieds et des mains

D..., âgé de 21 ans, entre dans le service de M. le professeur Fournier (salle Saint-Louis, n° 42), pour des lésions eczémateuses en placards occupant les mains et les pieds.

Aux mains, l'éminence thénar tout entière, une partie du creux de la main, le pli du carpe, sont le siège des altérations qui remontent sur la face dorsale dans une petite étendue du bord cubital de la main gauche et du bord radial de la main droite.

On note quelques petites surfaces eczémateuses sur les faces dorsales des doigts.

Toutes ces lésions se présentent avec l'aspect d'une rougeur peu intense recouverte de squames adhérentes, sans infiltration de la peau, sans suintement; le contour des placards est irrégulier et sans aucune circination. Aucun prurit.

Aux pieds : la lésion occupe la partie interne de la plante et une grande partie de la face dorsale des deux côtés. Elle forme un certain nombre de placards plus ou moins isolés les uns des autres, à contour irrégulier, sans bord net. A leur niveau, la peau est rouge, recouverte çà et là de squames sèches, sauf à la partie interne des deux pieds, où on note de véritables croûtes mélicériques impétiginiformes.

Au niveau de la plante des deux pieds, notre attention est attirée par la présence de plusieurs petites vésicules disséminées, soit sur la surface des placards eczémateux, soit en dehors même de ces placards; on remarque un groupe de trois vésicules à la face plantaire du gros orteil droit.

Au talon gauche, on voit une plaque dont l'épiderme est tombé au centre, l'aire de la lésion est rosée.

On remarque enfin à la plante de chaque pied, un durillon dont

l'épiderme corné se trouve divisé en une série de couches stratifiées par des fentes horizontales plus ou moins profondes.

Or à la suite d'examens minutieux portant sur toutes les surfaces malades, nous avons constaté, avec la plus grande netteté, la présence du trichophyton, non seulement au niveau des vésicules, au niveau des fentes des durillons, mais aussi au niveau des surfaces eczémateuses de la plante des deux pieds; par contre, nous n'en avons trouvé aucun élément ni sur le dos du pied, ni au niveau des mains.

OBSERVATION XVIII

(Publiée par le docteur Ehlers, de Copenhague, in *Ann. de dermatologie*, 1892, (p. 1282).

Trichophytie chronique de la plante du pied.

Dans le cas dont le docteur Ehlers présente la photographie, il s'agissait d'un homme de vingt-sept ans, agriculteur, habitant la campagne et souffrant depuis deux ans de cette affection.

Le malade fut examiné pour la première fois le 30 juin, il ne présentait alors pas de démangeaisons, mais racontait qu'il en avait beaucoup souffert périodiquement et exclusivement à la périphérie de l'affection, qui avait son siège unique à la région plantaire du pied gauche.

Des badigeonnages avec de la teinture d'iode l'ont guéri de la maladie, traitée jusque là sans succès par plusieurs médecins.

DEUXIÈME GROUPE DE TRICOPHYTIES PLANTAIRES

OBSERVATION XIX

(Publiée par le docteur Djelaleddin-Mouktar in *Ann. de dermatologie*, 1892
(obs. XVII p. 899).

Tricophytie débutant par la plante et envahissant ensuite le dos du pied

Léon X..., âgé de vingt ans, ferblantier de son métier, est venu à la consultation externe de M. le professeur Fournier, le 8 août 1890, pour se faire soigner d'une blennorrhagie qui durait depuis trois mois. De plus, il nous dit avoir remarqué, six jours auparavant, à la plante de son pied gauche, quelques boutons qui ne le faisaient pas souffrir.

A l'examen, nous trouvons sur la plante du pied et tout près des orteils plusieurs soulèvements épidermiques, ce sont des vésicules de la grosseur de petites lentilles, pas trop distendues, de couleur jaunâtre, peu ou pas entourées d'une zone érythémateuse, et contenant un liquide clair.

Mais à côté de ces nombreux éléments à apparence dyshydrosique il s'en trouvait un, dont l'aspect un peu spécial attira l'attention et nous conduisit à pratiquer un examen microscopique.

Cet élément avait les caractères suivants : le soulèvement épidermique étant rompu au centre, laissait apercevoir une petite surface d'un rouge violacé entourée d'épiderme corné, décollé et sec. En dehors de cette bordure cornée, existait un cercle érythémateux rouge jaunâtre, bien limité.

Au bout de quelques jours, d'autres soulèvements épidermiques se rompirent, commencèrent à s'agrandir progressivement en s'unissant

les uns aux autres et envahirent les espaces interdigitaux des orteils, puis la face dorsale des orteils.

Dans la suite, on put voir en certains points de la plante du pied, que l'envahissement se faisait par la destruction des grosses vésicules qui se formaient au fur et à mesure autour des plaques primitives.

Depuis lors, la lésion, n'ayant pas été traitée, envahit peu à peu ; vingt jours après elle présensait l'aspect qu'on voit sur cette photographie.

A ce moment, elle occupe une étendue de un à trois centimètres du dos du pied près des orteils, elle est limitée par un contour polycyclique à large rayon ; elle occupe tous les espaces interdigitaux et les faces latérales des orteils ; dans tous ces endroits la peau est rouge et furfuracée.

Sur la plante du pied on trouve une région malade, de même étendue à peu près que sur le dos du pied. Cette lésion empiétant donc d'une part sur la face plantaire du pied et des orteils et d'autre part sur leur face dorsale, on pouvait remarquer que sur ces deux faces l'aspect de la bordure n'était pas le même. Sur la face plantaire, l'épiderme corné plus épais formait une lance homogène et résistante ; sur la face dorsale au contraire, étant moins épais, il se fragmentait en fines lamelles furfuracées, comme celle qu'on est accoutumé à trouver autour des plaques de tricophytie cutanée.

Le prurit, assez marqué sur le dos du pied, est nul à la plante, au dire du malade.

Dès le premier jour, l'examen histologique de parcelles cornées, prises en plusieurs points du bord de la lésion, nous a permis d'y reconnaître, à l'aide de la potasse, des filaments mycéliens du trichophyton tonsurans, bien caractéristiques et que notre maître et ami, le docteur Darier, n'a pas hésité à reconnaître comme tels. Au moment où fut faite la photographie (26 août 1890), nous avons pu reconnaître sans difficulté les mêmes parasites en assez grande abondance.

OBSERVATION XX

Publié par MM. Arnozan et Dubreuilh dans les *Archives cliniques* de
Bordeaux, 1898.

Tricophytie de la plante du pied.

Ch... (Elodie), âgée de vingt et un ans, domestique, se présente, le 1^{er} juillet 1891, avec lésion du pied, qui a apparu depuis six semaines et qui s'est graduellement étendue au début; il y avait un peu de suintement.

On trouve actuellement, sur le bord interne du pied droit, une plaque de quatre centimètres sur six, qui envoie un prolongement de quatre centimètres de long sur un de large, vers la plante du pied. Sur l'étendue de cette plaque, la peau est un peu rouge, mais nullement épaissie. L'épiderme est aminci, sec, écailleux, mais sans desquamation active, c'est-à-dire que les lames épidermiques, larges et adhérentes, s'exfolient difficilement. On y trouve aussi quelques petites croûtes. La plaque offre un contour géographique nettement tracé par l'incision et le soulèvement de la couche cornée de l'épiderme normal, qui se soulève en formant une collerette. Sur le prolongement plantaire, on trouve quelques traces de vésicules miliaires. Cette plaque est le siège d'une démangeaison modérée.

Le bord externe du pied gauche présente une plaque de la grandeur d'un haricot, où l'épiderme est un peu épaissi, mais non desquamé. Le centre est occupé par une vésicule du volume d'un grain de chènevis.

Les mains présentent sur toute leur surface une desquamation très fine en grandes lamelles très minces, que la malade attribue à l'usage prolongé d'un savon irritant. Elle ressemble, du reste, tout à fait, à celle que provoque le contact de l'alcool. Elle est d'ailleurs toute récente, générale d'emblée, et ne s'est pas reproduite dans la suite.

L'aspect des lésions des pieds et surtout du pied droit faisait penser à la tricophytie. Cependant l'examen microscopique fut négatif.

Le mari de cette jeune femme présente à l'ongle du petit doigt de la

main gauche des lésions survenues à la suite d'un traumatisme, et qui présentent toutes les caractères cliniques des lésions tricophytiques ; mais l'examen microscopique n'a pas été fait.

La malade revient le 3 janvier 1892. Peu de temps après sa première visite, elle est allée passer quelque temps à Arcachon. Là, sous l'influence des bains de mer et de la marche nu-pieds dans le sable, les lésions ont presque totalement guéri ; mais depuis un mois, elles ont reparu au même endroit sur le pied droit.

Actuellement on trouve sur le bord interne du pied droit, une plaque irrégulière et mal limitée, un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs. A sa partie inférieure, c'est-à-dire au sommet de la voûte plantaire, elle est marquée par une demi-douzaine de points bruns kératosiques, traces de vésicules profondes desséchées ; mais il n'y a aucune desquamation. Celle-ci n'apparaît qu'au point où l'épiderme s'amincit, perdant l'aspect plantaire. Dans cette région se trouve une plaque de 2 à 3 centimètres de diamètre, où la peau ne présente ni rougeur ni infiltration ; elle est couverte d'un épiderme aminci et elle est criblée de vésicules d'un demi à un millimètre de diamètre très serrées, profondes, enchâssées, ne faisant aucune saillie et contenant un liquide clair. A la périphérie de cette plaque l'épiderme se desquame en lamelles larges, minces et souples. Démangeaison très légère.

Sur le sein gauche, petite plaque de pityriasis versicolore de la grandeur d'un haricot. Elle date de sept ans et aurait été prise par contagion, en se servant des serviettes d'une personne qui en était très abondamment affectée.

L'examen microscopique des lamelles d'épiderme du pied a cette fois montré du tricophyton. Dans certaines préparations l'on n'en trouve pas, dans d'autres on trouve le parasite très abondant. Tantôt ce sont de grands filaments faiblement ondulés et peu ramifiés, isolés, très longs ; tantôt ce sont des réseaux de filaments et de chapelets de spores largement enchevêtrés.

CHAPITRE III

Description clinique

Dans l'ensemble de ces observations de Tricophytie chronique des paumes et des plantes, il y a une coïncidence remarquable par sa fréquence: c'est la présence simultanée de lésions unguéales et des lésions chroniques palmaires et plantaires. Aussi allons-nous décrire séparément l'aspect clinique de la tricophytie aux paumes et aux plantes, ensuite, insisterons-nous un peu sur l'onychomycose qui leur est un symptôme commun.

Djelaleddin Mouktar avait déjà attiré l'attention sur l'extrême longévité de ces lésions tricophytiques des régions à épiderme corné épais, mais sans décrire les symptômes de l'affection parvenue à l'état chronique. MM. Arnozan et Dubreuilh ont, en 1895, dans leur monographie sur la tricophytie des mains et des ongles, ébauché la question. Aussi, nous proposons-nous, après eux, de compléter et de fixer d'après l'étude des observations que nous avons rassemblées, la physionomie clinique de ces lésions.

A la paume, la tricophytie chronique paraît tout d'abord être beaucoup plus fréquente que sur la face dorsale de la main et des doigts. Nous avons pu réunir 14 observations

de tricophytie chronique palmaire, tandis que nous n'avons trouvé dans la littérature médicale que 3 observations vraiment bien nettes de tricophytie chronique du dos des mains: l'une publiée par M. Vidal, en 1880, dans la « Gazette des Hôpitaux » la seconde par M. Lespinasse, dans sa thèse, la troisième, que nous rapportons parce qu'il y avait aussi lésions chroniques des paumes, publiée en 1895 par MM. Arnozan et Dubreuilh. Cette fréquence plus grande au niveau des paumes s'explique facilement: sur le dos des mains, le parasite est bien moins à l'abri des causes de destruction que dans l'épiderme palmaire épais, à l'intérieur des callosités professionnelles fréquentes à ce niveau, et où le parasite peut se développer et végéter infiniment. Peut-être aussi dans l'épiderme palmaire, où la sécrétion sudorale est ordinairement plus abondante qu'au niveau de la face dorsale, le parasite rencontre-t-il comme aux aisselles ou à la région périnéo-inguinale, des conditions de milieu plus favorables à son bon développement.

Quoi qu'il en soit, les lésions chroniques résultant de cette longue végétation, sont à la paume assez spéciales, et il nous paraît utile de les comparer avec les lésions subaiguës de la même région pour en bien montrer les différences.

La tricophytie palmaire à l'état subaigu se présente habituellement sous forme d'un placard n'occupant qu'une partie de la paume, à contour irrégulièrement circulaire, mais à limites nettement tracées par une collerette d'épiderme décollé, épaissi et brusquement incisé par une entaille dirigée vers le centre de la lésion. Cette zone de bordure présente le plus souvent une légère teinte érythémateuse, et quelquefois des vésicules, en général profondément situées, surtout disposées au niveau de la collerette épidermique décollée. Sur l'aire de la plaque, l'épiderme est rougeâtre, aminci, desséché, desquamant, souvent cassé au niveau des plis de flexion où il forme des lignes blanches. Il ne se détache pas de lames épidermiques et la desquamation exagée-

rée ne se traduit que par un aspect farineux. Quant au prurit, quoique d'intensité variable, il paraît être toutefois un symptôme à peu près constant, et d'après Djelaladdin-Mouktar, il se fait surtout sentir à la périphérie des lésions. Enfin, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on note la coexistence de lésions unguéales.

Tout autre est la physionomie de la *Tricophytie chronique des paumes*. Tout d'abord, l'altération est là beaucoup plus étendue et sans limitation bien précise. Les lésions s'observent sur la totalité ou une grande partie de la paume, et l'on peut même les suivre dans les espaces interdigitaux et sur la face palmaire des phalanges (obs. III, IV, V, VI, VII, VIII, X). Pas de placard rougeâtre et aminci, limité par une bordure d'épiderme décollé et un collier de vésicules.

C'est au contraire le plus souvent un épaissement modéré de l'épiderme lequel est sec, dur au toucher, d'aspect farineux, parce que les sillons interpapillaires sont dessinés pas une fine desquamation pityriasique. Il n'y a pas de rougeur appréciable des téguments et les lésions sont accusées simplement par la desquamation. Quelquefois, l'on voit disséminées çà et là, de petites aires de desquamation de la grandeur d'une lentille à une pièce de 50 centimes, irrégulières, à contours festonnés ou polycycliques, limitées par un épiderme un peu décollé (obs. XII). Ces lésions prises à part, sont absolument comparables à celles que l'on rencontre dans la desquamation estivale en aires. Très fréquemment aussi l'épiderme est comme cassé au niveau des plis de flexion, formant là des fissures (obs. III). et même de véritables rhagades, ces fissures ne coïncidant pas toujours avec les plis épidermiques. Les bords de ces fissures se soulèvent en lamelles épidermiques, sèches, épaisses, adhérentes et se fragmentant quand on essaie de les soulever à la pince. Ces lésions-là ont l'aspect banal des accidents cutanés qui peuvent survenir aux mains des travailleurs (obs. IV). Le prurit en général insignifiant, n'est signalé assez intense que dans peu de cas (obs. X). Telle est,

d'après nous la symptomatologie clinique habituelle de la tricophytie chronique des paumes.

Mais à côté de ce premier type, nous pensons pouvoir décrire une autre variété où les lésions sont surtout à forme hyperkératosique, variété qui, d'après nos observations serait moins fréquente que la première (sur 14 observations cinq cas: observations III, IV, VII, VIII, XIII). Dans ces cas-là dont le début est relativement très ancien, les lésions occupent aussi une grande partie ou la totalité de la paume. Tantôt l'épiderme est épaissi par places, d'une façon inégale avec hyperkératose très exagérée au niveau des plaques calleuses habituelles, et la desquamation pityriasique persiste encore au niveau des plis; tantôt l'épiderme, encore épaissi, présente surtout un état écailleux, très accentué. Cet écaillage résulte d'une desquamation se faisant autour de petits centres blancs, farineux, nacrés, qui s'étendent irrégulièrement, se rencontrent et constituent un état écailleux diffus (obs. VIII). Ces lambeaux écailleux d'épiderme corné sont épais, secs et durs et se laissent difficilement arracher; les limites de cette desquamation sont tout à fait diffuses et les lésions s'atténuent peu à peu sans qu'il y ait avec l'épiderme normal de limites bien tranchées. Le plus souvent, les plis de flexion sont fissurés sur une partie variable de leur longueur par de profondes rhagades, à bords formés par des lamelles épidermiques, cornées, épaisses, jaunâtres, sèches et fortement adhérentes (obs. VII). Ces lésions ne provoquent en général pas de prurit, mais les rhagades sont quelquefois douloureuses. Enfin, la co-existence, avec ce type, de lésions unguéales est la règle.

Cette autre variété de lésions, caractérisée en somme, par l'exagération de celle du premier type, et par un état écailleux plus marqué des téguments, doit, à notre avis, être distinguée de la première, car elle nous paraît répondre à un second stade de la chronicité, à des cas de lésions relativement très anciennes et devoir être rattachée à l'âge des lésions plutôt qu'à une intensité spéciale de la réaction

légumentaire ou à une activité extraordinairement intense du parasite.

Passons maintenant à l'étude de la *Tricophytie chronique des plantes*. Ici, les lésions diffèrent un peu de celles des mains et la tricophytie, même à début relativement ancien, rappelle fréquemment les lésions de tricophytie subaiguë des paumes; cela est dû, sans doute, à ce que les mains sont toujours exposées à l'air et par conséquent toujours sèches, tandis que les pieds sont constamment entourés de l'enveloppe de la chaussure, qui les maintient dans une atmosphère humide. Ces conditions spéciales font que aux lésions, qui aux paumes sont purement parasitaires, se surajoutent à la plante des caractères de macération.

Un type fréquent de tricophytie chronique plantaire se présente sous forme de placards ordinairement multiples, à forme irrégulièrement circulaire, moins étendus dans leur ensemble que les lésions palmaires. Ces placards sont plus ou moins isolés les uns des autres, sans bords bien nets ou délimités irrégulièrement par une bordure interrompue d'épiderme corné décollé (obs. XVIII); à leur niveau la peau est un peu rouge, modérément épaissie, souple toutefois, recouverte çà et là de squames minces, adhérentes. L'on y voit souvent des vésicules desséchées, tantôt disséminées, tantôt disposées assez régulièrement à la limite des éléments. Ces vésicules confluent quelquefois, formant alors des soulèvements pseudo-bulleux qui bientôt sèchent, formant de larges lambeaux plus ou moins grisâtres, entourés d'une zone érythémateuse. Le prurit est quelquefois assez intense et surtout marqué à la périphérie des lésions.

Ce type d'altérations est celui qu'on observe quand les lésions occupent les parties de la plante du pied, où la couche cornée est relativement moins épaisse, comme la voûte. C'est le même type qu'on retrouve sur le bord interne du pied (obs. XIX).

Mais dans les cas où les lésions occupent le talon ou les surfaces habituelles de pression, et surtout dans les cas de

lésions anciennes, on retrouve ici le type hyperkératosique déjà signalé aux paumes: les lésions sont très diffuses, mal limitées, quelquefois marquées par une coloration rouge foncé de la peau, qui est couverte d'un épiderme épais, corné, sec, écailleux. On y remarque des fissures plus ou moins profondes, à bords formés par des lames épidermiques décollées et épaissies; enfin en même temps qu'un état fortement écailleux de la peau, on trouve aussi une desquamation pityriasique très accusée au niveau des sillons interpapillaires (obs. VII). Dans ces lésions le prurit est habituellement très modéré. Enfin ces formes chroniques s'accompagnent aussi ici d'une façon à peu près constante de lésions unguéales et nous allons étudier un peu ce symptôme commun aux deux localisations palmaires et plantaires et dont la constatation en particulier au point de vue diagnostique, a une grande importance.

De ces onychomycoses ou des lésions des épidermes cornés, quelles sont les premières en date? C'est là une question intéressante; or à ce point de vue les observations citées sont particulièrement démonstratives. L'onychomycose n'a été qu'exceptionnellement la localisation primitive du trichophyton; dans un seul cas en effet (obs. IX), l'affection paraît avoir débuté dès l'enfance au niveau des ongles de la main droite et gagné de là la face palmaire des phalanges et la paume. Dans tous les autres cas, l'onychomycose paraît avoir succédé à une lésion trichophytique cutanée, à une de ces formes frustes de la trichophytie chronique des mains, dont le traitement est négligé à cause de l'indolence et de la banalité des lésions, quelquefois ignorées, le plus souvent méconnues.

C'est Pellizarri qui en un mémoire présenté en 1887 au Congrès médical de Pavie, paraît avoir donné l'explication pathogénique la plus vraisemblable de ces lésions unguéales. Tandis qu'avant cet auteur on admettait l'inoculation de l'ongle par l'entassement des parasites accumulés par le grattage dans le sillon sous-unguéal et attaquant de là l'ongle au voisinage de son bord libre, Pellizarri émit l'opinion que dans

bon nombre de cas la lésion unguéale succédait à un herpès tricophytique des mains, étendu aux doigts et aux replis sous-unguéaux, et l'auteur italien citait à l'appui de sa théorie plusieurs faits démonstratifs.

Dans leur étude sur la tricophytie des mains et des ongles, publiée en 1885 dans les « Archives Cliniques de Bordeaux », MM. Arnozan et Dubreuilh adoptaient la théorie pathogénique de l'auteur italien et citaient à son appui des faits nouveaux. Une de leurs observations, que nous rapportons (obs. XII), montre « la tricophytie cutanée se propageant vers la base de l'ongle, arrivant déjà à 7 millimètres à peine de cette limite, prête à la franchir si un traitement actif n'était venu opportunément l'arrêter. » Ces auteurs citaient de plus des observations intéressantes : une de Fagge, où deux femmes, la mère et la fille, présentaient des lésions unguéales ayant succédé à de petites vésicules blanches à l'extrémité du doigt ; une observation de Klotz, indiquant la lésion primitive des espaces interdigitaux ; une troisième observation de Vidal, mentionnant une tricophytie chronique généralisée, en notant explicitement celle du dos de la main.

Le docteur Boyer, dans sa thèse de 1895 inspirée par M. le professeur Dubreuilh, reprenant la théorie de Pellizarri, cite à son tour quatre cas établissant nettement que l'invasion des ongles était due à l'extension des lésions cutanées des mains.

Donc en règle générale c'est presque toujours à des lésions des mains et le plus souvent à des lésions chroniques des paumes qu'est due l'extension de l'affection aux ongles. Cet envahissement se fait simplement par propagation du parasite, qui, dans sa marche excentrique, finit par rencontrer le repli épidermique sus-unguéal ou les bords latéraux et attaque l'ongle par ces points, beaucoup plus souvent que par le sillon sous-unguéal.

Si nous avons insisté un peu longuement sur cette coexistence presque de règle de l'onychomycose et des lésions chroniques palmaires ou plantaires, c'est pour bien mettre en lu-

mière l'importance que l'on doit attribuer à l'étude clinique de ces localisations de la tricophytie chronique. Il importe là particulièrement de faire un diagnostic précoce de la nature mycosique de l'affection, de façon à empêcher son extension en lui appliquant le plus tôt possible un traitement approprié. Sinon, le parasite, qu'un traitement anodin n'arrive pas à détruire, parvient à peu près fatalement jusqu'à l'ongle; et une fois l'onychomycose installée, on sait combien il est difficile, même avec les traitements les plus variés, d'atteindre le parasite profondément installé dans l'épaisseur de la lame unguéale. Mais ce diagnostic de la tricophytie chronique des paumes et des plantes ne peut se baser que sur une étude clinique bien assise de l'affection; c'est cette mise au point d'une question jusqu'ici simplement ébauchée que nous avons essayé de parfaire.

Au point de vue étiologique l'ensemble de nos observations nous permet de remarquer que la tricophytie chronique des paumes et des plantes s'observe surtout chez les personnes à profession manuelle (manœuvres, camionneurs, domestiques) ou chez des gens fréquemment en contact avec des animaux, et il est possible que les éraillures professionnelles, si fréquentes aux mains de ces personnes, facilitent l'inoculation en ces points du tricophyton.

Quant à l'évolution de ces tricophytiés chroniques, elle nous paraît être très lente. D'après Djelalleddin Mouktar, au contraire, l'évolution de ces lésions se ferait assez rapidement et elles n'arriveraient que rarement à l'état chronique. Nos observations nous permettent de confirmer l'opinion de Pellizarri, qui était d'un avis opposé à l'auteur turc. D'après l'étude des observations que nous avons rassemblées, nous croyons pouvoir dire que ces formes chroniques de tricophytie des paumes et des plantes ont dû être souvent ignorées à cause du peu d'acuité des réactions subjectives provoquées et de la banalité de leurs symptômes objectifs habituels, plus souvent encore méconnues à cause de leur physionomie clinique spéciale qui ne rappelle en rien la

physionomie ordinaire de la tricophytie épidermique. La résistance que ces lésions offrent aux traitements les plus variés, même ponctuellement exécutés (obs. VII), nous permet de croire que non traitées, elles n'ont aucune chance de guérir spontanément, et que les lésions, dans leur extension excentrique, n'arrivent par la face palmaire des doigts que jusqu'aux lames unguéales.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique et mycologie

Dans la plupart des observations que nous rapportons l'examen microscopique des squames a été pratiqué. Pour cela des squames prises au niveau des lésions sont placées sur une lame de verre dans une goutte de solution de potasse à 40 0/0, recouvertes d'une lamelle et chauffées légèrement à la flamme d'une lampe à alcool. Dans ces conditions les filaments, quoique non colorés, se distinguent très bien à cause de leur grande réfringence, entre les cellules cornées, toujours jaunâtres et moins transparentes.

Dans les squames de la peau, les parasites cryptogamiques, réduits à des organes de végétation rudimentaires, se rencontrent constamment sous deux formes: 1^o de filaments mycéliens simples, formés de cellules cylindriques placées bout à bout et séparées par des cloisons; 2^o de filaments mycéliens sporulés, composés de cellules raccourcies, aussi longues que larges. Remarquons en passant que ces formes que présente le trichophyton dans sa vie parasitaire ne sont pas des organes de fructification.

La comparaison des divers examens microscopiques pratiqués nous a permis de faire les remarques suivantes:

1^o D'abord de ces deux formes d'organes végétatifs rudimentaires, c'est la première, les filaments mycéliens simples, qui est la forme la plus normale et la plus fréquente du tricophyton dans les lésions tricophytiques chroniques des paumes et des plantes. Ces filaments mycéliens sont d'ordinaire minces, longs, ramifiés, parcourant de grandes étendues en ligne presque droite, clairsemés et ne formant que rarement des amas en « touffe de bambous. »

2^o Dans le cas où le malade présente en d'autres points du corps d'autres lésions tricophytiques coexistantes, c'est le même parasite qu'on y trouve, sous forme de filaments mycéliens simples, et aussi de filaments mycéliens sporulés en proportion variable.

3^o Les filaments mycéliens sont avant tout traitement plus abondants au niveau des paumes et des plantes que dans les lésions de même nature, coexistant en d'autres régions, ce qui paraît prouver que le parasite rencontre là un milieu plus favorable qu'ailleurs à son bon développement.

4^o Le nombre de filaments observé dans les squames diminue parallèlement aux lésions cutanées dès qu'on emploie un traitement antiparasitaire bien conduit. Mais on ne peut croire les lésions guéries qu'après que l'examen microscopique souvent répété ne montre plus le parasite dans les squames.

Tels sont les renseignements fournis par l'examen microscopique, nous avons tâché de la compléter par ceux tirés des procédés de culture du parasite.

Nous avons adopté dans ce but la technique de Sabouraud, dont il a retiré les meilleurs résultats dans la différenciation des espèces tricophytiques de la teigne tondante. Nous avons donc pris comme milieu de choix le milieu préconisé par Sabouraud et dont la formule est la suivante :

Maltose.....	3,80
Peptone.....	0,80
Eau.....	100
Gélose.....	1,40 pour solidifier.

Nous avons préparé ce milieu d'après la technique donnée par cet auteur et l'avons ensuite réparti en tubes, boîtes de Pétri et flacons d'Erlenmeyer. Enfin nous avons aussi préparé, avec pomme de terre et banane, des milieux, qui, quoique n'étant pas de composition chimique absolument invariable, ont cependant permis à Sabouraud et aux autres expérimentateurs d'obtenir des cultures comparables.

Le 5 novembre 1908 nous avons pratiqué l'examen microscopique des squames provenant du malade de l'observation XIV et qui dataient donc du mois de juin. Dans ces squames nous avons retrouvé le parasite, toujours sous forme de filaments mycéliens simples exclusivement.

Le premier ensemencement a été fait le même jour sur ces divers milieux, que nous avons divisés en deux séries: La première série a été placée à l'étuve réglée à 37°; la deuxième a été laissée à la température du laboratoire, l'alternance thermique atmosphérique du jour et de la nuit favorisant, d'après Sabouraud, le renouvellement de l'air à travers les bouchons de ouate des flacons et par suite le bon développement du parasite.

Sur aucun milieu de ces deux séries il n'a poussé de colonie tricophytique, mais les milieux ont été envahis par des mucor et les microbes les plus variés.

Sur les conseils de M. le professeur Dubreuilh, nous avons alors fait séjourner pendant dix minutes dans l'alcool les squames à examiner. Ce procédé emprunté à Ménadém Hodara, qui l'a employé dans les cultures du bacille du comédon, est destiné à empêcher le développement des autres parasites; mais il est possible que cette immersion amoindrisse aussi la vitalité du tricophyton. Quoi qu'il en soit, nous avons, le 20 novembre, ensemencé d'après ce procédé d'autres milieux. Cette fois, encore, et jusqu'au 5 décembre, il n'est apparu aucune colonie tricophytique, mais la pullulation microbienne a été bien moins abondante et plus tardive que dans les cultures ensemencées sans immersion préalable des squames dans l'alcool.

Nous attribuons l'insuccès de nos cultures à ce fait que nous avons opéré sur des squames datant de trois mois et à ce que aussi, ces squames ne contenaient que de simples filaments mycéliens, c'est-à-dire des formes parasitaires purement végétatives, dont la survie dans les squames ne va pas, d'après Sabouraud, au delà de quatre ou cinq semaines.

Nous n'avons donc pas pu vérifier l'opinion émise par Sabouraud, d'après laquelle c'est le *tricophyton acuminatum* qui est l'agent le plus habituel de ces tricophyties chroniques des régions à épiderme corné épais. Il y a peut-être une relation entre cette variété tricophytique et le type clinique habituel des lésions palmaires et plantaires; nous regrettons vivement que l'insuccès de nos cultures ne nous ait pas permis de mettre en lumière ce point important.

CHAPITRE V

Diagnostic

Malgré les quelques particularités cliniques que nous venons de signaler, la physionomie des lésions tricophytiques chroniques des paumes et des plantes est néanmoins si banale que de nombreuses affections peuvent prêter à confusion avec elles; nous allons les passer en revue.

Le premier type de lésions que nous avons décrit peut tout d'abord être facilement confondu avec la *desquamation estivale en aires des mains*; cette affection présente de petits îlots de desquamation, de dimensions variables, formés d'une zone centrale, blanc mât, desquamée, avec autour une collerette épidermique soulevée, mince et lamelleuse, en pelure d'oignon; ces lésions sont fréquemment récidivantes. La périodicité de l'éruption est un élément en faveur de sa nature non parasitaire, mais la recherche du parasite dans les squames est le seul élément certain de diagnostic.

La *dyshidrose*, qui ne diffère de l'affection précédente que par l'absence de prurit et d'exsudation séreuse, peut aussi simuler la tricophytie. Mais le début de l'éruption dyshidrosique est nettement vésiculeux, marqué par de vives démangeaisons et même des sensations de brûlure. Plus le malade

se gratte, plus les vésicules se produisent et augmentent de volume. Enfin l'éruption est le plus souvent symétrique et sujette à récidiver.

La *syphilis*, surtout à la période secondaire, peut produire des lésions desquamatives des paumes ou des plantes comparables aux lésions tricophytiques. Ce sont quelquefois de petits cercles desquamés bordés d'un épiderme décollé; mais ces lésions laissent voir dans le derme sous-jacent une rougeur et une induration manifeste. De plus elles ont été précédées par une papule rougeâtre, dure, surmontée d'un épiderme épaissi, et sont habituellement accompagnées d'une éruption de syphilides papuleuses généralisées plus ou moins abondantes.

Quant à l'érythème desquamatif scarlatiniforme récidivant, la sclérodermie diffuse progressive, qui ont quelques points de ressemblance avec les lésions tricophytiques chroniques des paumes et des plantes, ce sont des affections trop rares et trop spéciales pour qu'il soit nécessaire d'insister sur leur diagnostic.

Quant au second type de lésions, celles à forme hyperkératosiques, elles attirent toute notre attention en raison des erreurs fréquentes de diagnostic dont elles peuvent être l'objet.

Toutes les affections présentant de la kératodermie palmaire ou plantaire peuvent simuler la tricophytie chronique de ces régions. Toutefois parmi elles, nous éliminerons d'emblée la *Kératodermie palmaire et plantaire symétrique*, à cause de son caractère héréditaire et congénital.

Nous distinguerons alors les Kératodermies en deux groupes, suivant qu'elles sont essentielles, constituant à elles seules toute la maladie, ou symptomatiques, faisant alors simplement partie d'un syndrome clinique spécial, et remarquons aussi que dans tous les cas de kératodermie, nettement limitées aux paumes ou aux plantes et surtout s'accompagnant de lésions unguéales, l'examen microscopique des squames est nécessaire. C'est le seul élément de certitude d'un

diagnostic souvent malaisé, et si nous ne répétons pas cette indication au cours de chaque diagnostic particulier, c'est uniquement pour ne pas nous répéter.

Donc, tout d'abord, parmi les Kératodermies essentielles, il y en a une, la *Kératodermie érythémateuse symétrique des adultes*, qui aux paumes et aux plantes, peut simuler les lésions tricophytiques chroniques. Elle est caractérisée par le développement de productions cornées habituellement considérables, entourées d'une zone érythémateuse accentuée, et la prédominance habituelle de cette affection aux pieds.

Mais cette lésion est le plus souvent localisée aux éminences thénar et hypothénar, aux extrémités des métatarsiens, et cette zone érythémateuse ne se rencontre qu'exceptionnellement dans la tricophytie chronique.

L'érythème kératosique se rapproche comme symptômes de la forme précédente, mais il survient le plus souvent au cours d'intoxications aiguës, et il a une évolution d'une rapidité telle, qu'elle suffit à la différencier de l'affection que nous étudions.

L'*hyperkératose arsenicale* par l'épaississement et la sécheresse de l'épiderme, par la desquamation en larges lamelles, peut simuler très bien la tricophytie chronique des paumes et des plantes; mais cette toxidermie est précédée par un érythème intense, la « paume rouge » des médecins anglais et une fois constituée, c'est une nappe souple sans desquamation ni crevasses, et avec, généralement, hypéridrose à son niveau. Enfin le plus souvent elle est semée de nodules cornés caractéristiques.

La *Kératodermie blennorrhagique* peut occuper les extrémités palmaires et plantaires, mais elle n'y est pas cantonnée et siège un peu partout.

Les *Kératoses professionnelles* sont caractérisées par leur localisation en relation directe avec les contacts et les frottements professionnels. Remarquons en passant la coexistence fréquente de la tricophytie et de ces lésions profession-

nelles, surtout des paumes et la difficulté du diagnostic dans ces cas-là.

Quant au second groupe, comprenant les Kératodermies palmaires et plantaires symétriques, il est aussi très nombreux.

L'eczéma aux paumes et aux plantes affecte souvent la forme hyperkératosique. Il s'y présente alors sous forme de placards à limites mal définies, avec épaissement considérable de la couche cornée à leur niveau. La peau ne présente ni coloration anormale, ni infiltration, ni vésiculation; le prurit, à peu près constant, est d'intensité variable. Au niveau de ces placards la couche cornée est friable, épaisse, s'écaille en lames épaisses, se laissant enlever facilement; elle est coupée de rhagades profondes, douloureuses.

Cette affection est en général très tenace, malgré les traitements institués et d'une évolution très lente. Enfin, elle s'accompagne souvent de lésions eczémateuses des ongles.

Comme on le voit, ces lésions d'eczéma chronique palmaire et plantaire, peuvent simuler exactement la tricophytie chronique de ces mêmes régions. Dans certains cas cependant, le diagnostic est facile, quand par exemple, il y a coexistence d'un eczéma chronique généralisé. Mais quand les lésions existent seulement aux paumes et aux plantes ou bien qu'elles persistent là après la disparition de l'éruption en d'autres endroits, le diagnostic devient particulièrement délicat.

Cependant la tricophytie est ordinairement unilatérale, l'eczéma étant habituellement bilatéral; la desquamation dans la tricophytie se fait en lamelles moins épaisses que dans l'eczéma chronique et elles ne se laissent pas enlever aussi facilement. De plus dans le cas d'eczéma chronique, l'interrogatoire apprend quelquefois qu'au cours de cette lente évolution des lésions eczémateuses, il y a des poussées aiguës, ou bien que le malade a eu de l'eczéma en d'autres régions, et un examen somatique approfondi fera peut-être découvrir ail-

leurs, quelque placard eczémateux ou des traces de lichénisation.

Mais, malgré ces particularités cliniques, toutes relatives d'ailleurs, le diagnostic est dans la plupart des cas très difficile. Ce qu'il faut, c'est dans tous les cas de dermatoses, hyperkératosiques des paumes et des plantes, penser à la possibilité d'une inoculation tricophytique, surtout quand il y a coexistence des lésions unguéales et l'examen microscopique reste en fin de compte la pierre de touche du diagnostic.

A la voûte plantaire, en particulier, on trouve quelquefois une forme particulière d'eczéma avec des squames épaisses plus ou moins saillantes, sous lesquelles sont des éléments circinés ou polycircinés et bordés par des segments de cercles rouges, vésiculeux par places. De pareilles lésions simulent à s'y méprendre la tricophytie chronique et inversement, il y a des cas, comme l'observation VII, où des lésions de tricophytie chronique vieilles d'une vingtaine d'années, offraient absolument l'aspect d'un eczéma chronique, hyperkératosique. Aussi là, plus que dans tout autre cas, est-il absolument indiqué de compléter l'examen du malade par la recherche dans les squames du champignon parasite.

Le *Lichen-plan* peut, aux paumes et aux plantes, revoir dans certains cas simuler la tricophytie, d'autant plus qu'il peut lui aussi s'accompagner de lésions unguéales, dont la nature n'est pas cliniquement diagnostiquable d'une façon certaine, mais comme le psoriasis, limité à ces régions, est une affection fort rare, nous n'insisterons point sur son diagnostic.

Le *lichen-plan* peut, aux paumes et aux plantes, revêtir l'aspect de la tricophytie chronique, mais son début se fait par des papules typiques, les placards présentent des orifices sudoripares dilatés et occupés par des bouchons épidermiques durs et cornés (Dubreuilh), et la symétrie des lésions palmaires et plantaires ainsi qu'un prurit violent, sont des phénomènes à peu près constants.

Les *dermites professionnelles chroniques* créent des lésions qui

peuvent très bien être confondues avec la tricophytie chronique des paumes et des plantes. Les cuisinières, les épiciers, les tailleurs de pierre, etc., sont du fait même de leur métier, exposés à des irritations de cause mécanique ou chimique, qui produisent des eczémas secs, diffus, localisés principalement au niveau des paumes et de la face palmaire des doigts. A la surface de ces placards, dont les limites sont très mal définies, l'épiderme est particulièrement sec, la peau est épaissie et fendillée. La desquamation en larges lamelles s'observe rarement, mais on trouve constamment un état farineux de la peau, une fine poussière blanchâtre, pityriasique, dessinant les plis de flexion. Quelquefois, il y a des rhagades au niveau de ces mêmes plis. Le prurit est habituellement modéré, mais les lésions sont tenaces et persistent pendant longtemps.

Cette physionomie objective, la tricophytie chronique peut en ces mêmes régions la créer en tous points. Mais, habituellement, elle est unilatérale ou du moins, quand elle est bilatérale, les deux mains ne sont pas atteintes simultanément. Les irritations professionnelles produisent de l'hyperkératose, mais seulement au bout d'un certain temps et cette hyperkératose a succédé à un érythème intense, uniforme et prurigineux. Enfin, et surtout dans le cas d'irritation produite d'une façon prolongée par des agents chimiques, la dermite chronique qui en résulte, envahit souvent la face dorsale, le poignet et même la partie inférieure des avant-bras, gardant toujours là le même aspect clinique; et c'est là un caractère que ne présente point la tricophytie chronique palmaire et plantaire.

Dans ce diagnostic difficile l'interrogatoire du malade a une grande importance, car la notion de la profession peut mettre sur la voie du diagnostic. Mais le point capital ici encore, pour dépister le tricophyton dans des lésions simulant les dermites chroniques professionnelles, c'est d'y songer, c'est de penser à son inoculation possible au niveau des paumes et des plantes, et en fin de compte, c'est encore

le microscope qui dans ces cas douteux peut seul trancher la difficulté.

La *syphilis tertiaire* peut comme l'eczéma et la tricophytie créer à la paume comme à la plante des lésions qu'il est absolument impossible de différencier symptomatiquement l'une de l'autre. Ces lésions tertiaires sont, à la période d'état, au centre hyperkératosiques, couvertes de squames épaisses et souvent crevassées; leur bord est d'un rouge un peu foncé, nettement infiltré et couvert d'un épiderme plus ou moins épais. Le plus souvent aussi les plis de flexion ont creusé des rhagades. Les seuls caractères, d'ailleurs tout relatifs, qui peuvent séparer ces lésions des lésions tricophytiques, sont la desquamation, peut-être ici plus abondante et plus irrégulière, l'épaisseur et l'étendue plus grande des squames, l'infiltration plus marquée des éléments, un peu masquée au centre par l'hyperkératose, surtout nette au niveau de la bordure, l'absence totale de prurit et au point de vue thérapeutique, l'insuccès du traitement parasiticide et l'efficacité du traitement spécifique.

CHAPITRE VI

Traitement

Les tricophyties subaiguës des paumes et des plantes sont en général facilement guéries par les applications renouvelées de teinture d'iode. Au bout de deux ou trois jours de traitement, l'épiderme corné s'exfolie, laissant ainsi le tricophyton exposé à l'action des agents parasitocides. S'il se produit de petits foyers de récurrence, il suffit de les traiter aussi par l'application de teinture d'iode pour voir bientôt ces lésions disparaître. Dans le traitement de cette forme de lésions, on peut d'ailleurs employer avec autant de succès, à la place de la teinture d'iode, les applications nocturnes de compresses imbibées d'une solution de sublimé au 1/000.

Cette thérapeutique simple, d'une pratique facile et pourtant efficace, peut aussi être employée quand il s'agit de tricophytie chronique des paumes et des plantes et que les lésions consistent à peu près exclusivement en une simple desquamation pityriasique diffuse. Dans ce cas, la teinture d'iode constitue un agent thérapeutique excellent : dans l'observation XIV, par exemple, empruntée à MM. Arnozan et Dubreuilh, « des applications énergiques de teinture d'iode

ont complètement arrêté la maladie, qui a guéri complètement en quelques semaines, sans avoir atteint les ongles. »

De même les pansements humides au sublimé sont d'un bon emploi, surtout dans les cas analogues à ceux de l'observation X, où l'on trouve en plus de la desquamation farineuse diffuse, « de petites aires de desquamation disséminées; » dans ce cas-là, en effet, les enveloppements, avec les compresses imbibées de sublimé au 1/000, permettent plus facilement qu'avec les applications de teinture d'iode, de traiter uniformément ces lésions diffuses, sans craindre de négliger celles qui sont situées un peu excentriquement.

Dans l'observation V, par exemple, le pansement au sublimé a très vite fait disparaître la desquamation pityriasique palmaire ; il en fut de même dans l'observation XIV.

Mais on se heurte à des difficultés plus sérieuses quand les lésions de Tricophytie chronique se présentent avec cet épaississement marqué de la peau, que nous trouvons signalé dans plusieurs observations du premier groupe. L'exemple nous en est fourni par l'observation VII où les lésions localisées aux mains et aux pieds, furent traitées d'abord avec des compresses d'eau iodée, puis par des applications de pansements humides avec une solution de résorcine et d'ichtyol, puis par des pommades à la chrysarobine, et où, finalement, après deux ans de traitement, les lésions ne furent qu'améliorées mais non complètement guéries.

Dans ces cas de tricophytie chronique à début lointain la peau est épaissie, sèche, fissurée, squameuse, et elle a absolument perdu toute souplesse. Aussi, serait-il inutile d'essayer d'atteindre au moyen d'agents parasitaires, le trichophyton, auquel la couche cornée épaissie fournit un abri excellent. La technique thérapeutique doit donc ici comprendre comme première pratique le décapage de ces masses cornées; mais cette pratique n'offre pas les mêmes facilités d'application aux mains et aux pieds.

Pour les mains il serait trop incommode, à moins de circonstances spéciales, d'appliquer des pansements ou des em-

plâtres qui dussent être gardés en permanence pendant plusieurs jours. Ce moyen serait vraiment peu pratique et à coup sûr, peu facilement accepté du malade, qu'il empêcherait de vaquer à ses occupations habituelles. Ce qui paraît préférable, c'est de tâcher d'obtenir ce résultat par des pansements humides exclusivement nocturnes et dont le malade pourra facilement se débarrasser au réveil; ainsi l'application de compresses imbibées d'une solution de résorcine, avec:

Résorcine	5 gr.
Eau... ..	1 litre.

ou l'application d'une pommade telle que:

Acide salicylique	8-10 gr.
Oxyde de zinc... ..	10 gr.
Glycérolé d'amidon	60 gr.

Aux pieds, la thérapeutique ne rencontre pas de pareilles difficultés. On peut laisser le médicament en contact permanent et prolongé avec la peau sans que cela trouble le genre de vie ou les occupations journalières du sujet. On peut donc alors, pour obtenir le même résultat, procéder ainsi: faire fondre au bain-marie un mélange ainsi composé:

Emplâtre diachylon	80 gr.
Cire jaune... ..	20 gr.
Acide salicylique	20 gr.

L'appliquer avec un pinceau sur la région atteinte, et recouvrir le tout de linges qui vont bientôt faire corps avec l'emplâtre. En laissant le tout en place pendant deux ou

trois jours, on peut espérer un assouplissement de la région couverte, dû d'abord à l'action médicamenteuse elle-même et aussi à la macération. Au bout de deux ou trois jours, on ferait enlever l'emplâtre au moyen d'un bain chaud et pratiquer alors un savonnage sérieux de la région avec du savon ordinaire ou du savon de résorcine.

Avec cette façon de procéder, il est vraisemblable que l'application de cette technique, que M. le professeur Dubreuilh n'a pas eu encore l'occasion de pratiquer, amènerait le décapage des couches cornées épaissies et le retour des téguments à leur souplesse normale. Quand donc l'épiderme est exfolié, et la peau mince et souple, on peut appliquer les médicaments parasitocides, car ceux-ci pénétreront facilement à travers les diverses couches de la peau et atteindront le parasite que ne protègent plus les lamelles cornées épaissies. Ce traitement peut être pratiqué aux mains et aux pieds, soit sous forme de pansements humides avec la solution suivante :

Iodure de potassium	2 gr.
Iode	2 gr.
Résorcine... ..	5 gr.
Eau	1 litre.

L'iode étant un médicament excellent contre le trichophyton, et la résorcine continuant là à entretenir l'exfoliation de l'épiderme corné épais,

soit sous forme de pommades à la chrysarobine, associé ou non à l'ichtyol :

Chrysarobine... ..	2 gr.
Résorcine... ..	2 gr.
Lanoline	10 gr.
Axonge... ..	20 gr.

Ou bien :

Chrysarobine...	...	...	...	...	...	...	2 gr.
Ichtyol	...	...	...	...	...	...	2 gr.
Résorcine...	...	...	...	...	...	...	1 gr.
Vaseline	...	...	...	...	...	...	30 gr.

Quoi qu'il en soit, cette thérapeutique mérite pour être efficace, d'être continuée avec persévérance jusqu'à ce que la peau ait repris son état et sa souplesse normales. Si alors l'examen microscopique ne montre pas de parasites, il y a de sérieuses chances pour que la guérison soit assurée.

Il importe aussi de surveiller attentivement les récives possibles, en particulier au niveau des ongles, de les attaquer vigoureusement dès le début par les pansements humides iodés, et de recommander au malade, après la cessation du traitement, de baigner de temps en temps à l'eau chaude les régions atteintes afin de maintenir les résultats obtenus.

CONCLUSIONS

1^o L'inoculation du trichophyton au niveau des paumes et des plantes produit une affection à tendance habituellement chronique, qui est à comparer, au point de vue étiologique à certaines dermatomycoses de nos pays, mais doit être distinguée de certaines dermatoses exotiques d'origine parasitaire.

2^o Cette affection peut présenter deux types cliniques: *a)* un premier type, qu'on rencontre dans des lésions peu anciennes, caractérisé cliniquement par une simple desquamation pityriasique diffuse; *b)* un deuxième type, que présentent les lésions datant de plusieurs années, et qui est surtout marqué par un épaissement cutané de la région atteinte avec état squameux et fissuraire de la peau à ce niveau, et coexistence fréquente de lésions unguéales.

3^o Le parasite qui cause ces lésions est habituellement le trichophyton acuminatum; on l'y trouve surtout sous forme de filaments mycéliens, simples, non sporulés. Pour le cultiver, il faut pratiquer les ensemencements avec des squames récemment détachées.

4^o Le diagnostic se pose pour le premier type de lésions avec la desquamation estivale des mains, la dyshidrose, la syphilis secondaire, pour le second avec toutes les derma-

tosés qui, localisées aux paumes et aux plantes, produisent de l'épaississement de la peau à ce niveau.

5° Le traitement consiste en la destruction du parasite par les pansements ou les pommades antiparasitaires, mais, surtout dans les lésions du second type, il est bon de procéder à un décapage préalable de la région atteinte, par l'application de pansements kératolytiques.

• Vu, bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
W. DUBREUILH

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 9 décembre 1908.

Le Recteur de l'Académie,
R. THAMIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARNOZAN et DUBREUILH. — De la tricophytie des mains et des ongles, in *Archives Cliniques de Bordeaux*, 1892, n^{os} 1 et 2.
- BAZIN. — Affections cutanées parasitaires. 2^e édition, Paris, 1852.
- BESNIER, BROCCQ et JACQUET. — *La Pratique dermatologique*, tome I, Dermatophytes, tome IV, Tricophyties.
- BODIN. — Les teignes tondantes du cheval et leurs inoculations humaines. Thèse de Paris, 1895-96.
- BOYER. — De la tricophytie unguéale. Thèse de Bordeaux, 1895.
- BROCCQ. — Traité élémentaire de dermatologie pratique (p. 474 et suivantes.)
Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1890.
- BUSQUET. — Etude morphologique d'un cryptogame nouveau trouvé dans une lésion circinée de la main. Thèse de Lyon, 1889-90.
- CARAYON. — Desquamation estivale en aires de mains. Thèse de Bordeaux, 1902-03.
- DEMAZIÈRE Pierre. — Contribution à l'étude des tricophyties humaines. Thèse de Bordeaux, 1895-96.
- DJELALEDDIN-MOUKTAR. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892, pages 152, 300, 651, 885, 916.
- W. DUBREUILH. — Précis de Dermatologie, 2^e édition, 1904. *Archives Cliniques de Bordeaux*, 1895.
- EHLERS. — Tricophytie de la plante du pied, in *Annales de Dermatologie*, 1892, p. 1282.
- FEULARD. — Teignes et teigneux. Thèse de Paris, 1885-86.
- Henri FOURNIER. — Etude sur la tricophytie des ongles. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, avril 1889.

- HALGAND. — Sur les tricophyties de la barbe. Thèse de Paris, 1903-04.
- HALLOPEAU. — Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 2 avril 1891.
- HARDY. — Traité pratique des maladies de la peau, 1886.
- HAZEDJAN. — Etude clinique sur une forme de Kératodermie unilatérale des extrémités. Thèse de Paris, 1895-96.
- KAPOSI. — Maladies de la peau. Traduction Besnier et Doyon.
- A. LE DANTEC. — Précis de Pathologie exotique, 2^e édition, 1904, pages 1087-1118.
- LEFEBVRE. — Contribution à l'étude des dermites professionnelles. Thèse de Lille, 1887-88.
- LESPINASSE. — Etude sur les onychomycoses. Thèse de Bordeaux. 1889-1890.
- LE STRATT. — Du lichen plan palmaire et plantaire. Thèse de Bordeaux, 1901-02.
- PATRICK MANSON. — Maladies des pays chauds. Traduction Guibaud et Brenques. On a case of tinea imbricata. *British Journal of Dermatology*, janvier 1892, p. 5.
- PELLIZARRI. — Recherche sul tricophyton tonsurans, in *Giornale Italiano delle malattie veneree et della pelle*, 1888.
- PIGNOT. — Etude clinique des teignes. Thèse de Paris, 1900-01.
- QUINQUAUD. — Leçons sur la tricophytie. *Gazette des Hôpitaux* 1890.
- SABOURAUD. — Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, avril 1891.
- Académie des Sciences, C. R., janvier 1893.
- Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 16 février 1893, 20 juillet 1893, janvier 1894.
- Les tricophytes. Thèse de Paris, 1894.
- Articles : Dermatophytes et Tricophyties, de la Pratique Dermatologique.
- TILBURY FOX. — Sur un cas de tricophytie palmaire, in *British Medical Journal*, 1870.
- VIDAL. — Tricophytie circinée des régions à épiderme corné épais, in *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892.
-

